

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'économie et des finances
Ministère des affaires sociales et de la santé

**TEXTE SOUMIS A LA DELIBERATION
DU CONSEIL DES MINISTRES**

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2014

NOR : EFIX1324269L/Bleue

PREMIÈRE PARTIE
Dispositions relatives à l'exercice 2012

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2012, 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	178,8	184,7	-5,9
Vieillesse	203,4	209,5	-6,1
Famille	54,1	56,6	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1	13,7	-0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	436,3	451,4	-15,1

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	154,9	160,8	-5,9
Vieillesse	105,4	110,2	-4,8
Famille	53,8	56,3	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,5	11,7	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	314,0	327,3	-13,3

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	14,7	18,9	-4,1

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 170,1 milliards d'euros ;

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

6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, s'élevant à 0,4 milliard d'euros ;

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 11,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le déficit du régime général, tel qu'il a été établi par les différentes caisses nationales, s'est élevé à 13,3 Md€ en 2012 (après 17,4 Md€ en 2011), soit un montant identique à celui figurant dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Pris sur l'ensemble des régimes obligatoires de base, le déficit s'établit à 15,1 Md€ en 2012, après 19,1 Md€ en 2011. Le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est enfin établi à 4,1 Md€ (après 3,4 Md€ en 2011).

Le déficit de l'ensemble des branches du régime général diminue en 2012 par rapport à celui constaté en 2011. Si l'amélioration est plus modérée pour la branche famille (-2,5 Md€ en 2012, soit 90 M€ de moins qu'en 2011) et la branche accidents du travail et maladies professionnelles (-0,2 Md€ en 2012, soit 50 M€ de mieux qu'en 2011), elle est nettement plus importante pour la branche vieillesse (-4,8 Md€ après -6,0 Md€ en 2011) et surtout pour la branche maladie (-5,9 Md€ après -8,6 Md€ en 2011). Ceci s'explique notamment par le fait que les dépenses d'assurance maladie sont inférieures de près d'1 Md€ par rapport à l'objectif initialement voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (171,2 Md€). L'ONDAM voté par le Parlement est donc respecté pour la troisième année consécutive.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2012, 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 la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2012 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE
Dispositions relatives à l'exercice 2013

Article 3

A titre exceptionnel, il est prélevé au 31 décembre 2013 au plus tard, au profit de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, une somme de 200 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2012, du fonds pour l'emploi hospitalier institué 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 applicables en matière de taxes sur les salaires.

Exposé des motifs

La mesure proposée consiste à reconstituer une partie du fonds de roulement de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et à minorer, corollairement, le montant des emprunts que devra contracter la Caisse en 2014 en prévoyant le transfert au régime d'une partie des excédents du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), également géré par la Caisse des dépôts et consignations.

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 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 est financé par une contribution de 1 % à la charge des employeurs hospitaliers.

Le FEH est structurellement excédentaire et son niveau de réserves, qui s'élève à plus de 233 M€ fin 2012, devrait continuer à augmenter lors des prochains exercices selon les dernières prévisions de la Caisse des dépôts et consignations.

Le transfert d'une partie des excédents du FEH améliorera du même montant le compte de résultat de la CNRACL à compter de sa mise en œuvre. Ce transfert réduira d'autant le montant des réserves du FEH, tout en garantissant un niveau de disponibilités suffisant pour que ce fonds puisse assurer les engagements qui sont les siens au bénéfice des agents du service public hospitalier.

Article 4

I. - A. - Il est institué une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale par les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

La participation est due par chaque organisme, mentionné au premier alinéa, en activité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle elle est perçue.

Elle est égale au produit d'un forfait annuel par le nombre d'assurés et ayants droit couverts par l'organisme, à l'exclusion des bénéficiaires de la couverture complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, au 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est perçue et pour lesquels ce dernier a pris en charge, au cours de cette même année, au moins une fois, en tout ou partie, la participation de l'assuré due au titre d'une consultation ou d'une visite du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du même code.

Le montant du forfait annuel est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Il est égal au résultat de la division d'un montant de 150 millions d'euros par le nombre d'assurés et ayants droit remplissant les conditions définies à l'alinéa précédent, sans pouvoir excéder la limite de 5 euros. Le résultat obtenu est arrondi au centime d'euro le plus proche.

Les modalités d'échange des données nécessaires à la détermination du montant du forfait annuel, notamment les effectifs des assurés et des ayants droit remplissant les conditions définies au troisième alinéa, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

B. - Par dérogation aux dispositions du A, pour le calcul de la participation due au titre de l'année 2013, le forfait annuel par assuré ou ayant droit est fixé à 2,5 euros.

II. - La participation est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, concomitamment au recouvrement de cette taxe sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'Etat. Elle est contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues pour la même taxe.

III. - La participation mentionnée au I est due pour chacune des années 2013 à 2016.

Exposé des motifs

L'article 7 de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signé le 25 octobre 2012, traduit l'engagement des organismes assurant la couverture complémentaire en santé de « participer au développement des nouveaux modes de rémunération en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 millions d'euros, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants ».

En l'absence à ce jour d'un mécanisme de tiers payant intégral permettant aux organismes complémentaires de verser directement aux médecins traitants cette participation, un dispositif transitoire est mis en place pour le versement de la contribution des organismes complémentaires par l'intermédiaire de l'assurance maladie obligatoire et de remboursements par ces organismes des dépenses avancées dans ce cadre.

Ce remboursement sera effectué sous la forme d'un versement global par chaque organisme concerné de la somme correspondant à la participation au financement du forfait pour le médecin traitant avancée par l'assurance maladie pour son compte au titre des assurés et ayants-droit couverts par une assurance complémentaire souscrite chez l'organisme.

Article 5

I. - L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires restitue aux régimes obligatoires d'assurance maladie, avant le 31 décembre 2013, une fraction des dotations qui lui ont été attribuées au titre des exercices 2010 à 2012 égale à 27 623 999,18 €. Ce montant est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui le répartit entre les régimes dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

II. - L'article 73 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

1° Au I, le montant : « 370,27 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 343,47 millions d'euros » ;

2° Au II, le montant : « 124 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 139 millions d'euros » ;

3° Au III, le montant : « 22,2 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 32,2 millions d'euros ».

Exposé des motifs

Le présent article rectifie les dotations de l'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) fixées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Article 6

Au titre de l'année 2013, 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	181,7	189,5	-7,8
Vieillesse	212,1	216,2	-4,1
Famille	55,2	58,0	-2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,9	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	449,4	463,7	-14,3

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	157,5	165,2	-7,7
Vieillesse	111,3	114,6	-3,3
Famille	54,8	57,6	-2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,8	11,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	323,5	337,0	-13,5

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,9	19,7	-2,7

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 12,6 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° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

6° Les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse qui demeurent fixées conformément au III du même article.

Exposé des motifs

Le niveau global des dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale est évalué à 463,7 Md€ pour l'exercice 2013, soit une progression de 2,7 % par rapport au niveau observé pour 2012. Ces prévisions actualisées traduisent notamment le choix du Gouvernement en matière de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, dans le contexte du nécessaire redressement des comptes sociaux.

Malgré un contexte économique défavorable et une moindre progression de la masse salariale (1,3 % en 2013, contre 2,3 % dans les prévisions de la LFSS pour 2013), le solde du régime général et du FSV s'améliore en 2013 de 1,3 Md€ par rapport à 2012. Le déficit prévisionnel du régime général devrait ainsi s'élever à 13,5 Md€ pour l'année 2013 et celui du FSV à 2,7 Md€.

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait amortir quant à elle 12,6 Md€ de dettes supplémentaires sur l'année 2013, soit 0,7 Md€ de plus que pour l'exercice 2012 et 0,2 Md€ de plus que l'objectif fixé en LFSS pour 2013. Cette hausse prévisionnelle de la capacité d'amortissement annuel s'explique principalement par la dynamique des recettes de cette caisse et le maintien de la charge des intérêts de la dette à un niveau exceptionnellement favorable. Ce résultat porterait le total de la dette amortie par la CADES depuis sa création à 84,1 Md€, soit le tiers de la dette cumulée reprise à fin 2013.

Article 7

Au titre de l'année 2013, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

	(en milliards d'euros)
	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	80,0
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,7
Autres prises en charge	1,3
Total	174,9

Exposé des motifs

Les dépenses entrant dans le périmètre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2013 devraient s'élever à 174,9 Md€, soit un montant inférieur de 500 M€ à l'objectif déterminé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Cette révision porte essentiellement sur le sous-objectif relatif aux dépenses des soins de ville, qui évoluent à un rythme très modéré en 2013. Elle tient également compte de la révision à la baisse de l'exécution de l'ONDAM 2012.

La rectification des sous-objectifs relatifs aux dépenses des établissements de santé tire les conséquences de dépenses inférieures aux prévisions pour les établissements du champ dit « non régulé ».

Les sous-objectifs relatifs à la contribution de l'assurance maladie au financement des dépenses en établissements et services médico-sociaux demeurent inchangés par rapport aux montants arrêtés.

Le montant du sous-objectif des dépenses relatives aux autres modes de prise en charge est revu en légère hausse du fait du dynamisme de la dépense observée sur les soins des Français à l'étranger.

TROISIÈME PARTIE
Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier
de la sécurité sociale pour l'exercice 2014

Section 1

Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base
et des organismes concourant à leur financement

Article 8

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

A. - L'article L. 136-7 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

- après les mots : « II de l'article 125-0 A », les mots : « du code général des impôts » sont supprimés ;

- après les mots : « III *bis* de l'article 125 A », sont insérés les mots : « et au I de l'article 125 D » ;

- les mots : « au I du même article 125 A et ceux mentionnés au I de l'article 125-0 A » sont remplacés par les mots : « aux I des articles 125 A et 125-0 A » ;

b) Au 1°, après le mot : « impôts, », sont insérés les mots : « les revenus distribués sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 117 *quater* du même code, ainsi que » ;

2° Le dernier alinéa du 1° du IV est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée :

« Son paiement intervient le 15 octobre au plus tard pour 97 % de son montant. » ;

b) A la dernière phrase, les mots : « ces dates » sont remplacés par les mots : « cette date » ;

B. - Le premier alinéa de l'article L. 245-15 est ainsi modifié :

1° Les mots : « assujettis à la contribution prévue aux I et II de » sont remplacés par les mots : « mentionnés à » ;

2° Il est complété par les mots : « dont l'assiette est celle définie à cet article. »

II. - Le 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« L'assiette de ces contributions additionnelles est celle définie à ces articles. » ;

2° A la deuxième phrase, le mot : « assises, » est supprimé.

III. - Le dernier alinéa du II de l'article 1600-0 S du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Le mot : « assis, » est supprimé ;

2° Il est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'assiette de ce prélèvement est celle définie à cet article. »

IV. - L'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « placement », la fin du I est ainsi rédigée : « mentionnés à l'article L. 136-7 dont l'assiette est celle définie à cet article. » ;

2° Le II est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. - Les III à VI de ce même article sont applicables à la contribution mentionnée au I. »

V. - Les taux mentionnés aux 2° du I de l'article L. 136-8 et I de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale s'appliquent à la totalité de l'assiette définie au II de l'article L. 136-7 du même code.

VI. - A. - Le A du I du présent article et le 2° du IV du présent article, en tant qu'il rend le IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale applicable à la contribution mentionnée au I de l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée, entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

B. - Sous réserve du A du présent VI en tant qu'il concerne le 2° du IV du présent article, les B du I et II à V du présent article s'appliquent aux faits générateurs intervenant à compter du 26 septembre 2013, nonobstant les articles 5 et 9 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998, l'article 19 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, l'article 72 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'article 28 de la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion, l'article 6 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, l'article 10 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011, l'article 2 de la loi n° 2012-354 du 14 mars 2012 de finances rectificative pour 2012 et l'article 3 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

VII. - A. - Sont applicables à Mayotte, à compter de l'imposition des revenus perçus au cours de l'année 2013, la contribution prévue à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et les autres contributions et prélèvements assis, contrôlés et recouverts selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions.

B. - S'appliquent à Mayotte, à compter du 1^{er} janvier 2014, la contribution prévue à l'article L. 136-7 du même code et les autres contributions et prélèvements assis, contrôlés et recouverts selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions.

C. - Le 3^o du I de l'article 28-3 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 est abrogé pour les revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2014.

Exposé des motifs

Les modalités d'application des contributions et prélèvements sociaux sur les revenus de placement diffèrent aujourd'hui sensiblement selon que le produit est soumis ou non à l'impôt sur le revenu. Il en résulte que des produits ayant des caractéristiques et/ou une profondeur historique similaires sont assujettis à un niveau de prélèvements sociaux potentiellement très différent.

En effet, les produits exonérés d'impôt sur le revenu et dont le fait générateur est constitué par le dénouement ou le retrait sont soumis aux prélèvements selon le régime des « taux historiques ». Ce régime, qui résulte des modalités d'entrée en vigueur des lois successives ayant institué les prélèvements sociaux ou augmenté leur taux, conduit à appliquer, non pas les différents prélèvements selon leur taux actuel à l'intégralité du gain, mais à décomposer celui-ci en fractions correspondant aux différentes années au cours desquelles il a été constitué, et à appliquer à chaque fraction les règles de prélèvement en vigueur au moment où le gain a été acquis.

Ces modalités dérogatoires concernent essentiellement les produits issus des plans d'épargne en actions (PEA) de plus de cinq ans, des primes versées avant le 26 septembre 1997 sur des contrats d'assurance-vie multi-supports, de l'épargne salariale, des primes versées dans le cadre des comptes et plans épargne logement (CEL et PEL), des intérêts acquis sur des plans d'épargne logement (PEL) de moins de 10 ans souscrits avant le 1^{er} mars 2011, pour lesquels l'acquisition des produits n'est réellement constatée et mise à disposition qu'au moment du fait générateur par dénouement ou retrait (ou par décès concernant l'assurance-vie).

Ce régime des « taux historiques », qui se cumule à un régime dérogatoire en matière d'impôt sur le revenu, est particulièrement favorable par rapport aux modalités d'imposition des autres revenus du capital, alors même que l'avantage ainsi accordé par le législateur à ces produits de placement n'était pas motivé par la volonté d'orienter de manière particulière l'épargne correspondante.

Cette situation peut se traduire par une rupture d'égalité entre des contribuables recourant à des produits de placement identiques ou équivalents, notamment en termes de risque financier, dont la différence de taxation ne repose plus sur des critères objectifs et rationnels, compte tenu notamment de l'augmentation au fil du temps de l'écart avec les taux de taxation de droit commun.

En outre, ces règles apparaissent peu lisibles pour les contribuables et génèrent, pour les redevables tiers-déclarants (organismes gestionnaires des produits) comme pour l'administration en charge du recouvrement, une complexité de gestion croissante au fur et à mesure de l'évolution de la structure des prélèvements ou de leur taux.

Aussi, dans un objectif d'équité fiscale, il est proposé de mettre fin à l'application des « taux historiques » et d'harmoniser les règles de prélèvement applicables aux produits de placement. Ainsi, pour les produits de placement actuellement régis par cette règle, les différents prélèvements s'appliqueront au taux en vigueur au moment du fait générateur, et à une assiette unique, définie par celle de la contribution sociale généralisée, à savoir les gains acquis depuis 1997. La situation des fractions de gains constituées auparavant, actuellement exonérées de prélèvement, est donc préservée.

Cette mesure apportera un rendement de 600 M€ en 2014 sur l'ensemble des prélèvements sociaux, dont 450 M€ sur le champ de la loi de financement de la sécurité sociale et 150 M€ pour les fonds destinataires du prélèvement de solidarité de 2 % (FNAL, FNSA, fonds de solidarité).

Afin d'éviter tout risque de déstabilisation des encours de l'épargne financière par le jeu de comportements d'anticipation, la mesure s'appliquera aux faits générateurs intervenant à compter du 26 septembre 2013, date de présentation publique de la mesure et de l'avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale lors de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Par ailleurs, dans un souci de simplification et par mesure de rationalisation, il est proposé de procéder à des aménagements concernant les dispositions relatives aux règles d'acomptes.

Enfin, les dispositions d'entrée en vigueur à Mayotte des prélèvements sociaux sur les revenus du capital n'ayant pas pu être intégrées, pour des raisons tenant aux obligations de consultation, dans l'ordonnance n° 2013-837 du 19 septembre 2013 relative à l'adaptation du code des douanes, du code général des impôts, du livre des procédures fiscales et d'autres dispositions législatives fiscales et douanières applicables à Mayotte, il est proposé de les intégrer dans le présent article.

Article 9

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

A. - L'article L. 731-14 est ainsi modifié :

1° Après le quatrième alinéa, il est inséré quatre alinéas ainsi rédigés :

« 4°) Pour leurs montants excédant 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant qu'ils détiennent en pleine propriété ou en usufruit :

« a) Les revenus de capitaux mobiliers définis par les articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou ses enfants mineurs non émancipés ainsi que les revenus mentionnés au 4° de l'article 124 du même code perçus par ces mêmes personnes ;

« b) En cas d'exploitation sous la forme d'une société passible de l'impôt sur le revenu, la part des revenus mentionnés aux 1° et 2° perçus par le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par les enfants mineurs non émancipés du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, lorsqu'ils sont associés de la société.

« Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du 4° ci-dessus ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant. » ;

2° Au dernier alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « neuvième ».

B. - Les dispositions du A s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2014, sous réserve des dispositions transitoires suivantes :

1° Les revenus mentionnés au 4° de l'article L. 731-14 sont pris en compte pour 75 % de leur montant pour le calcul de l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2014 ;

2° Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du premier alinéa de l'article L. 731-15, l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2014 est constituée par la moyenne des revenus professionnels des 1° à 3° de l'article L. 731-14 à laquelle sont ajoutés 75 % des revenus mentionnés au 4° du même article perçus en 2013 ;

3° Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du premier alinéa de l'article L. 731-15, l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2015 est constituée par la moyenne des revenus professionnels des 1° à 3° de l'article L. 731-14 à laquelle est ajoutée la moyenne des revenus mentionnés au 4° du même article perçus en 2013 et 2014.

C. - L'article L. 731-17 est abrogé.

II. - Le I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. - Au premier alinéa, les mots : « de l'article L. 136-3 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 136-3 et L. 136-4 ».

B. - A la première phrase du 1°, les mots : « de l'article L. 136-3 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 136-3 et L. 136-4 ».

III. - Il est prélevé au 1^{er} janvier 2014, au profit du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire prévu par l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime, une somme de 160 millions d'euros sur les réserves mentionnées au 3° du III de l'article 37 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur les salaires.

IV. - La Caisse nationale d'allocations familiales et les branches mentionnées au 2° et 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime versent en début d'exercice au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire institué par l'article L. 732-56 du même code une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2, au 3° de l'article L. 731-3 du même code et à l'article 575 du code général des impôts dont ils sont attributaires, à hauteur de la prévision annuelle du surplus de recettes résultant du présent article, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font l'objet d'une régularisation lors du versement de l'année suivante.

Exposé des motifs

L'amélioration de la protection sociale des travailleurs indépendants agricoles constitue un engagement fort du Gouvernement et fait l'objet de mesures dans le cadre du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Pour contribuer au financement de ces mesures, le présent article prévoit de réintégrer dans l'assiette des prélèvements sociaux la part des dividendes excédant 10 % du capital social lorsqu'ils sont perçus par l'exploitant agricole, son conjoint, son partenaire de pacte civil de solidarité ou ses enfants mineurs non émancipés. Sont concernés par cette réintégration dans l'assiette sociale les revenus de capitaux mobiliers (RCM), ainsi que les bénéfices agricoles (BA), les bénéfices industriels et commerciaux (BIC) et les bénéfices non commerciaux (BNC).

Cette mesure limitera une forme d'optimisation liée à l'essor des formes sociétaires d'exercice de l'activité agricole, dont la part est passée de 10,1 % des exploitations professionnelles en 1988 à 45 % en 2010. Elle s'inscrit dans la continuité des mesures similaires prises en LFSS s'agissant des travailleurs indépendants.

En outre, une fraction des réserves financières accumulées par la Mutualité sociale agricole est affectée au régime complémentaire obligatoire de retraite des exploitants agricoles afin de contribuer au financement des mesures proposées dans le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

Article 10

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

1° Au 8° de l'article L. 613-1, les mots : « VII de l'article 151 *septies* » sont remplacés par les mots : « 2 du IV de l'article 155 » ;

2° L'article L. 633-10 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret » sont supprimés ;

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

« Ces cotisations sont assises pour partie sur le revenu d'activité dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 et pour partie sur la totalité du revenu d'activité. Le taux des cotisations assises sur le revenu d'activité plafonné et celui des cotisations assises sur la totalité du revenu d'activité sont fixés par décret. La somme de ces taux est égale à la somme des taux fixés en application des deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 241-3. » ;

c) Les troisième et dernier alinéas sont supprimés.

II. - Le I s'applique aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2014.

Exposé des motifs

Le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites prévoit un relèvement général des cotisations déplafonnées à partir de 2014.

Par équité avec les cotisants du régime général de sécurité sociale, le présent article procède au déplafonnement partiel, à compter de 2014, de l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse de base des artisans et commerçants affiliés au régime social des indépendants (RSI), en créant une cotisation assise sur la totalité de la rémunération en sus de celle applicable sous plafond.

En effet, le plafonnement intégral de l'assiette de la cotisation d'assurance vieillesse de base des travailleurs indépendants crée actuellement une différence de traitement entre ces cotisants et ceux du régime général dans lequel il existe une cotisation déplafonnée. Or le régime général et le RSI font tous deux partie du groupe des régimes dits « alignés », dans lesquels les prestations de retraite sont calculées selon des paramètres similaires.

Article 11

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

A. - Le 4° de l'article L. 161-45 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 4° Des produits divers, des dons et legs. »

B. - Les 4° *bis*, 5° et 6° de l'article L. 161-45 sont abrogés.

C. - Le IV *bis* de l'article L. 165-11 est abrogé.

D. - L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

1° Il est rétabli un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ; »

2° Au 7°, les mots : « 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 R et 1635 *bis* AE » sont remplacés par les mots : « 1600-0 O, 1600-0 R, 1635 *bis* AE, 1635 *bis* AF, 1635 *bis* AG et 1635 *bis* AH ».

E. - Aux articles L. 245-1 et L. 245-5-1, les mots : « et de la Haute Autorité de santé » sont supprimés.

II. - Les articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique sont abrogés.

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

A. - A la section V *quinquies* du chapitre III du titre III de la deuxième partie du livre I^{er} du code général des impôts sont ajoutés les articles 1635 *bis* AF, 1635 *bis* AG et 1635 *bis* AH ainsi rédigés :

« Art. 1635 *bis* AF. - I. - Est subordonné au paiement d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un médicament mentionné à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des médicaments pris en charge et utilisés par les collectivités publiques, dans les conditions mentionnées aux articles L. 5123-2 et suivants du code de la santé publique.

« II. - Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. Le montant de la taxe perçue à l'occasion d'une demande de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription est fixé dans les mêmes conditions, dans les limites respectives de 60 % et de 20 % de la taxe perçue pour une demande d'inscription.

« III. - Le versement de la taxe est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. La taxe est recouvrée et contrôlée selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.

« Art. 1635 bis AG. - I. - Est subordonné au paiement d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un produit de santé sur la liste prévue au I de l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale.

« II. - Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

« III. - Le versement de la taxe est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. La taxe est recouvrée et contrôlée selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.

« Art. 1635 bis AH. - I. - Est subordonné au paiement d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription d'un dispositif médical à usage individuel sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

« II. - Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

« III. - Le versement de la taxe est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. La taxe est recouvrée et contrôlée selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. »

B. - Au III bis de l'article 1647, les mots : « aux articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés à l'article 1635 bis AE » sont remplacés par les mots : « aux articles 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés aux articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH ».

IV. - Dans l'intitulé du 8° du VII du chapitre III du titre II de la première partie du livre des procédures fiscales, les mots : « produits de santé » sont remplacés par les mots : « produits de santé et Haute Autorité de santé ».

V. - L'article L. 166 D du livre des procédures fiscales est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

2° Après le deuxième alinéa, il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :

« L'administration chargée du recouvrement des taxes prévues aux articles 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du code général des impôts et la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale se transmettent spontanément ou sur demande les informations relatives aux taxes prévues aux articles 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du code général des impôts.

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

Exposé des motifs

Les taxes versées par le secteur des produits de santé représentent actuellement plus de la moitié des ressources de la Haute Autorité de santé (HAS), celle-ci percevant en outre une subvention de l'Etat et une dotation des régimes d'assurance maladie. Ce mode de financement n'est pas approprié s'agissant d'une autorité indépendante dont les avis peuvent avoir des conséquences financières importantes pour les industriels concernés.

Aussi, à l'instar de ce qui a été fait en 2012 pour l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), le présent article prévoit que désormais les ressources de la HAS seront uniquement constituées d'une subvention de l'Etat et d'une dotation des régimes d'assurance maladie. Leur montant sera adapté pour tenir compte de ces nouvelles dispositions, la clé de répartition entre l'Etat et l'assurance maladie n'étant pas modifiée.

La mesure ne prévoit pas la création de taxes nouvelles. Les taxes actuelles qui participaient au financement de la HAS seront simplement affectées à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Le recouvrement des taxes actuellement recouvrées par la HAS sera opéré à compter de 2014 par les services de la direction générale des finances publiques.

Article 12

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

A. - L'article 238 *bis* GC est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 238 *bis* GC. - Les contributions dues par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés conformément aux dispositions du IX de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale. »

B. - L'article 1600-0 N est abrogé. La taxe mentionnée à cet article demeure cependant exigible pour toutes les ventes de médicaments et de produits de santé réalisées jusqu'au 31 décembre 2013.

C. - L'article 1600-0 Q est ainsi modifié :

1° Aux premier et deuxième alinéas du I et au II, les mots : « 1600-0 N, » sont supprimés ;

2° Au III, les mots : « de manière séparée » et « afférente aux ventes de médicaments et produits de santé mentionnés au II de l'article 1600-0 N et celle » sont supprimés.

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

II. - A l'article L. 166 D du livre des procédures fiscales, les mots : « des taxes prévues aux articles 1600-0 N et » sont remplacés par les mots : « de la taxe prévue à l'article ».

III. - Au premier alinéa de l'article L. 5121-18 du code de la santé publique, les mots : « Les redevables des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « Les redevables de la contribution prévue au I de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale et de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts » et après les mots : « de chacune de ces taxes », sont insérés les mots : « ou contributions ».

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

A. - Au 7° de l'article L. 241-2, la référence : « 1600-0 N » est supprimée.

B. - Au 2° du II de l'article L. 245-2, après les mots : « en application de l'article L. 162-16 du présent code », sont insérés les mots : « ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique ».

C. - Dans le titre de la section 2 *bis* du chapitre V du titre IV du livre II, les mots : « prises en charge par l'assurance maladie » sont supprimés.

D. - L'article L. 245-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 245-6. - I. - Il est institué une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.

« II. - La contribution prévue au I du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant :

« 1° D'un enregistrement au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ;

« 2° D'une autorisation de mise sur le marché au sens de l'article L. 5121-8 du même code délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 ;

« 3° D'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;

« 4° D'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code.

« III. - Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article :

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

« 2° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros.

« IV. - Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution prévue au I du présent article s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national pour une liste de produits fixée par arrêté et dans des conditions définies par une convention tripartite passée entre l'Etat, un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les entreprises fabriquant ou exploitant des médicaments et un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les grossistes-répartiteurs.

« V. - Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,2 %.

« VI. - Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I du présent article est instituée pour les seules entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

« VII. - La contribution additionnelle prévue au VI du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux II, III et IV du présent article et inscrites sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« VIII. - Le taux de la contribution additionnelle prévue au VI est de 1,6 %.

« IX. - Les contributions prévues au I et au VI du présent article sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

« X. - Les contributions prévues au I et au VI du présent article sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1^{er} juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1^{er} mars de l'année suivant celle au titre de laquelle les contributions sont dues.

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

V. - Le D du IV du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

Exposé des motifs

A la suite de l'harmonisation des dates d'exigibilité et des modalités déclaratives des contributions pharmaceutiques gérées et recouvrées par les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), effectuée par la LFSS pour 2013, il est apparu nécessaire de poursuivre l'objectif de simplification et de rationalisation de ces contributions.

La contribution sur le chiffre d'affaires et la taxe dite « première vente de médicaments » sont toutes deux assises sur une assiette qui se rapproche du chiffre d'affaires hors taxes et possèdent la même finalité de rendement.

Il apparaît en conséquence logique de procéder à l'uniformisation de cette assiette en fusionnant ces deux taxes. Afin de ne pas pénaliser les exploitants de spécialités pharmaceutiques non remboursables - puisque la contribution sur le chiffre d'affaires vise uniquement les spécialités remboursables ou prises en charge par l'assurance maladie – le nouvel article L. 245-6 du code de la sécurité sociale prévoit donc deux éléments : une contribution de base (due par tous les exploitants de spécialités pharmaceutiques) et une contribution additionnelle (due uniquement par les exploitants de spécialités pharmaceutiques remboursables).

Conformément à l'objectif de simplification, le présent article aligne les conditions fiscales des groupes de génériques dans lesquels le prix de vente au public des spécialités de référence est identique à celui des génériques de leur groupe sur celles applicables aux spécialités génériques sous tarif forfaitaire de responsabilité.

Le statut de ces impositions en matière de déductibilité au regard de l'impôt sur les sociétés est également uniformisé.

Le présent article vise donc à simplifier et clarifier l'assiette de ces deux taxes et permet d'accroître la lisibilité du cadre de gestion de ces prélèvements pour l'ensemble des acteurs.

Article 13

Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2014 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux K est fixé à 0,4 %.

Exposé des motifs

La mesure consiste à fixer le taux K à 0,4 % pour l'année 2014. Elle sécurise l'atteinte des objectifs exigeants du Gouvernement pour 2014 en matière de maîtrise des dépenses de médicaments remboursables.

Article 14

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° Au premier alinéa, les mots : « des déficits des exercices 2011 à 2018 de la branche mentionnée au 3° » sont remplacés par les mots : « des déficits des exercices 2011 à 2017 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° » et après les mots : « à l'article L. 135-1 du même code », sont insérés les mots : « déduction faite de la part des déficits de l'exercice 2011 couverte en application du II *quater* » ;

2° Les deux dernières phrases du premier alinéa sont remplacées par les mots : « Les versements, dont les dates et montants sont fixés par décret et qui peuvent faire l'objet d'acomptes provisionnels, interviennent au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012. » ;

3° Le second alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans le cas où le montant des déficits mentionnés à l'alinéa précédent excède les plafonds qui y sont cités, les transferts sont affectés, par priorité, à la couverture des déficits de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, puis de ceux du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, puis des déficits les plus anciens de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code et enfin des déficits de la branche mentionnée au 4° du même article. »

Exposé des motifs

La dernière reprise des déficits du régime général confiée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a été mise en œuvre par la LFSS pour 2011. Elle comprend deux volets :

- d'une part, le transfert, dans la limite de 68 Md€, des déficits cumulés du régime général (hors branche AT-MP) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour 2009-2010, ainsi que des déficits prévisionnels des branches maladie et famille pour 2011 ;

- d'autre part, le transfert, dans la limite globale de 62 Md€ et de 10 Md€ par an, des déficits 2011 à 2018 de la branche vieillesse du régime général et du FSV.

Le premier volet de ce schéma a été réalisé en 2011. Le second volet (la reprise des dettes « vieillesse ») est mis en œuvre par une série de reprises annuelles effectuées après la constatation du déficit de l'année précédente. Il doit s'achever avec le transfert en 2019 du déficit de l'exercice 2018.

Or, les mesures prises dans le cadre de la réforme des retraites amélioreront les soldes de la branche vieillesse sur la période et permettent de limiter le champ de reprise des déficits prévisionnels de la CNAV et du FSV aux exercices 2011 à 2017 (et non plus 2018).

Dans ce contexte, il est possible d'intégrer les déficits des branches famille et maladie dans le périmètre de la reprise de dette par la CADES, et ce sans modification du plafond de reprise de 62 Md€ et des plafonds annuels de 10 Md€ et sans allongement de la durée de vie de la CADES.

Cette disposition évitera 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 des différentes branches du régime général, et dont le recours à l'emprunt est strictement encadré, via la fixation d'un plafond annuel d'emprunt dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Article 15

I. - Le 4° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Le solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionné au second alinéa de l'article L. 651-2-1, les produits financiers mentionnés à ce même alinéa, ainsi que le reliquat du produit au titre des exercices antérieurs à 2011, dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ; ».

II. - A l'article L. 137-13 du même code, les mots : « des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires » sont remplacés par les mots : « de la Caisse nationale des allocations familiales ».

III. - A l'article L. 137-14 du même code, les mots : « des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires » sont remplacés par les mots : « de la Caisse nationale des allocations familiales ».

IV. - A l'article L. 137-18 du même code, les mots : « aux régimes obligatoires d'assurance maladie dont ils relèvent » sont remplacés par les mots : « à la Caisse nationale des allocations familiales ».

V. - A l'article L. 137-19 du même code, les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « Caisse nationale des allocations familiales ».

VI. - Le deuxième alinéa de l'article L. 137-24 du même code est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Le surplus de ces prélèvements est affecté à la Caisse nationale des allocations familiales ».

VII. - A l'article L. 139-1 du même code, les mots : « et des articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 » sont supprimés.

VIII. - Le 9° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1609 *vicies* et 1618 *septies* du code général des impôts ».

IX. - L'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1°, le taux : « 56,8 % » est remplacé par le taux : « 53,5 % », le taux : « 27,1 % » est remplacé par le taux : « 27,5 % » et le taux : « 16,1 % » est remplacé par le taux « 19 % » ;

2° Au 7°, le taux : « 68,14 % » est remplacé par le taux : « 60 % » et le taux : « 9,46 % » est remplacé par le taux : « 17,60 % » ;

3° Il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

« 2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée à l'article L. 241-6 ; »

4° Il est rétabli un 4° ainsi rédigé :

« 4° Le produit de la taxe visée au 2° *bis* de l'article 1001 du code général des impôts est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; »

5° Il est rétabli un 5° ainsi rédigé :

« 5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-13, L. 137-14, L. 137-18, L. 137-19 et L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée à l'article L. 241-6 ; ».

X. - Le tableau de l'article L. 137-16 du même code est remplacé par un tableau ainsi rédigé :

	Pour les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %	Pour les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 8 %
Caisse nationale d'assurance vieillesse	16 points	6,4 points
Fonds mentionné à l'article L. 135-1	4 points	1,6 point
<i>dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1</i>	<i>0,5 point</i>	<i>0,5 point</i>

XI. - L'article L. 245-16 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa du II est supprimé ;

2° Au quatrième alinéa, le taux : « 2,75 % » est remplacé par le taux : « 1,15 % » ;

3° Le cinquième alinéa est supprimé ;

4° Il est rétabli un sixième alinéa ainsi rédigé :

« - une part correspondant à un taux de 2,05 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »

XII. - L'article L. 136-8 du même code est ainsi modifié :

A. - 1° Au IV, le 1° est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,87 % ; »

2° Au IV, le 2° est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 2° Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 0,85 % ; »

3° Au *a* du 4°, le taux : « 5,25 % » est remplacé par le taux : « 5,20 % » et les mots : « sous réserve des dispositions du *g* » sont supprimés ;

4° Au *b* du 4°, le taux : « 4,85 % » est remplacé par le taux : « 4,80 % » ;

5° Au *c* du 4°, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 5,90 % » ;

6° Au *d* du 4, le taux : « 3,95 % » est remplacé par le taux : « 3,90 % » ;

7° Au *e* du 4°, le taux : « 4,35 % » est remplacé par le taux : « 4,30 % » ;

8° Le *g* du 4° est abrogé.

B. - Il est ajouté un VI ainsi rédigé :

« VI. - 1° L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et répartir le produit de la contribution visée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article ;

« 2° Il en est de même pour les produits recouverts simultanément à la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du présent code. »

XIII. - Le III de l'article 17 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

1° Les mots : « Pour l'année 2013 » sont remplacés par les mots : « Pour les années 2013 et 2014 » ;

2° Le 2° est ainsi modifié :

a) Après les mots : « de la sécurité sociale, », sont ajoutés les mots : « pour l'année 2013, » ;

b) Il est complété par les mots : « ; pour l'année 2014, le taux : "0,85 %" est remplacé par le taux : "0,90 %" et à la fin du 3° du même IV, le taux : "0,1 %" est remplacé par le taux : "0,05 %". »

XIV. - L'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 4° et le 5° sont abrogés ;

2° Le 7° devient 4° ;

3° Le 8° devient 5°.

XV. - Au VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, après les mots : « versé par l'Etat. », il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Il est réparti entre les différents attributaires des contributions et prélèvements mentionnés dans le tableau au prorata de leur part respective dans ces prélèvements en 2011. Pour les exercices ultérieurs, il peut être imputé sur l'ensemble des contributions et prélèvements mentionnés dont ils sont affectataires. »

XVI. - Le présent article s'applique pour les produits assis sur les opérations dont le fait générateur intervient à compter du 1^{er} janvier 2014, à l'exception des dispositions relatives aux contributions sur les revenus du patrimoine qui s'appliquent aux revenus perçus en 2013 et assujettis en 2014.

Exposé des motifs

Le présent article opère plusieurs modifications de recettes et de réserves.

Le I affecte les réserves accumulées au titre de la contribution sociale de solidarité des sociétés. En effet, une partie des encaissements de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), antérieurs à 2011, n'avaient pas été affectés aux attributaires actuels de la contribution. Ces réserves, qui se portent à 1,3 Md€, seront affectées au FSV, attributaire actuel des reliquats de C3S et de la C3S additionnelle.

Cet article procède également (II à XIV) à des réaffectations de recettes au sein de la sécurité sociale. En effet, 3,04 Md€ ont été affectés à la sécurité sociale dans le cadre du projet de loi de finances pour 2014 en vue du redressement des soldes des différentes branches. Ceux-ci correspondent aux gains attendus de la réforme du quotient familial (1,03 Md€), de la fiscalisation de la part employeur finançant les contrats collectifs (0,96 Md€) ainsi qu'à la compensation à la branche famille de la perte de 0,15 point de cotisation patronale destinée à assurer la neutralité de l'augmentation des cotisations patronales vieillesse sur le coût du travail. Dans un souci de lisibilité, l'intégralité de ces ressources affectées depuis le budget de l'Etat résulte d'un accroissement de la part de TVA affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), cette taxe constituant la seule recette partagée entre l'Etat et la sécurité sociale. Afin de préserver la lisibilité des relations financières Etat-sécurité sociale, l'intégralité de la TVA reste affectée à la CNAMTS. Le présent article procède donc à une réaffectation d'une partie de ces produits (2,19 Md€) vers la branche famille et à une clarification du schéma de financement, au travers notamment d'une harmonisation des clés de répartition de la CSG entre les différentes assiettes assujetties.

Dans l'attente de la réforme de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie au travers du projet de loi à venir d'adaptation de la société au vieillissement, cet article reconduit pour 2014 une modification de la répartition de la CSG entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) (XIII). Les réserves de la CNSA permettront de financer d'éventuelles dépenses supplémentaires au titre de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Il précise enfin (XV) les modalités d'imputation du prélèvement sur les contrats d'assurance vie multi-support affectés à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

Article 16

I. - Les quatre premiers alinéas de l'article L. 6243-3 du code du travail sont remplacés par les dispositions suivantes :

« L'Etat prend en charge les cotisations et contributions sociales des apprentis qui font l'objet d'exonérations dans les conditions suivantes :

« 1° Sur une base forfaitaire globale pour les cotisations dues au titre des articles L. 3253-14, L. 5423-3 et L. 5424-15 ;

« 2° Sur la base d'un taux forfaitaire déterminé par décret, pour le versement pour les transports prévu par les articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;

« 3° Sur une base forfaitaire suivant des modalités déterminées par décret pour les autres cotisations et contributions. »

II. - Les dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables à la part des cotisations d'assurance vieillesse dont l'assiette est comprise entre la base mentionnée au 3° de l'article L. 6243-3 du code du travail et la rémunération de l'apprenti au sens de l'article L. 242-1 du même code.

III. - Le code du service national est ainsi modifié :

A. - Les deux premiers alinéas de l'article L. 120-26 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque le service est accompli en France, l'assiette des cotisations au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles et des allocations familiales, ainsi que des contributions définies aux articles L. 136-2 du code de la sécurité sociale et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, est constituée des indemnités prévues à la section 4 du présent chapitre.

« Les taux de ces cotisations et contributions sont fixés selon les modalités prévues aux articles L. 136-8, L. 241-2, L. 241-3, L. 241-6, ainsi qu'à l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Pour la cotisation d'accident du travail et de maladie professionnelle, un taux forfaitaire est fixé par arrêté.

« Leur versement, y compris celui des cotisations et contributions à la charge de la personne volontaire, est assuré par la personne morale agréée en vertu de l'article L. 120-30 du présent code ou par l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique.

« Les cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle autres que celles mentionnées au premier alinéa ne sont pas dues. »

B. - Les deux derniers alinéas de l'article L. 120-28 sont supprimés.

IV. - A. - Les embauches réalisées en contrat à durée déterminée en application de l'article L. 5132-15-1 du code du travail et ouvrant droit au versement de l'aide mentionnée à l'article L. 5132-2 du même code, donnent lieu, sur la part de la rémunération inférieure ou égale au salaire minimum de croissance, pendant la durée d'attribution de cette aide, à une exonération :

1° Des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales ;

2° De la taxe sur les salaires ;

3° De la taxe d'apprentissage ;

4° Des participations dues par les employeurs au titre de l'effort de construction.

B. - L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à l'exonération mentionnée au A du présent IV.

Exposé des motifs

Le présent article adapte les modalités de financement de la protection sociale dont bénéficient trois catégories d'assurés percevant des rémunérations d'un montant peu élevé :

- les apprentis ;
- les jeunes ayant souscrit un contrat de service civique ;
- les personnes travaillant dans des chantiers d'insertion.

Pour les premiers, en complément des dispositions figurant dans le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, il prévoit les conditions de prise en charge par l'Etat de l'exonération de la cotisation vieillesse-veuvage : si l'exonération sera dorénavant calculée sur la rémunération réelle de l'apprenti, afin de lui permettre de valider des droits complets à la retraite, la prise en charge par l'Etat demeurera calculée selon les règles historiques (rémunération abattue de l'équivalent de 11 points de SMIC).

Pour les seconds, il procède à un alignement du prélèvement sur le droit commun, ce qui permet de supprimer le mécanisme de cotisation complémentaire institué en 2010 pour permettre aux jeunes effectuant un service civique de valider des droits à retraite de manière proportionnée à la durée de leur service. Cet alignement ne dégrade pas le niveau de protection des intéressés.

Enfin, s'agissant des chantiers d'insertion, le présent article propose, dans le cadre de la mise en place d'une « aide au poste » pour l'ensemble des structures bénéficiant des dispositifs d'insertion par l'activité économique, de créer une nouvelle exonération, dont les effets économiques seront identiques à ceux de l'exonération dont bénéficient actuellement ces structures dans le cadre de contrats aidés.

Article 17

Est approuvé le montant de 3,8 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 2014.

Exposé des motifs

Le présent article approuve le montant des crédits prévus par le projet de loi de finances pour 2014 pour couvrir les dispositifs compensés d'exonération, de réduction ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale. Les crédits budgétaires correspondants sont fixés à 3,1 Md€, montant en baisse de 2,9 % par rapport à 2013.

S'ajoutent à ceux-ci :

- 0,5 Md€ pour les exonérations sur les heures supplémentaires dans les entreprises de moins de 20 salariés, dont la compensation par l'Etat est assurée pour l'année 2013 par l'affectation aux régimes concernés d'une fraction correspondante de TVA nette ;

- 0,2 Md€ pour la déduction forfaitaire pour service à la personne dont la compensation par l'Etat est assurée également par l'affectation aux régimes concernés d'une fraction correspondante de TVA nette.

L'annexe 5 du présent projet de loi décrit également les autres types d'exonérations ou exemptions d'assiettes applicables aux cotisations ou contributions sociales. En 2014, les sommes correspondantes s'élèveraient en prévision (données en encaissement-décaissement) à :

- 20,5 Md€ pour le montant des allègements généraux sur les bas salaires (et exonérations de cotisations « famille » pour certains régimes spéciaux) : il est rappelé que ces exonérations générales ne font plus l'objet depuis 2011 d'une compensation par l'Etat dans la mesure où les recettes fiscales jusque-là mobilisées dans cet objectif ont été affectées directement à la sécurité sociale ;

- 3,8 Md€ pour le montant des exonérations restant à la charge de la sécurité sociale ;

- 48,6 Md€ pour le montant des sommes non assujetties aux cotisations, soit l'équivalent de 6,5 Md€ de recettes selon la méthode conventionnelle décrite en annexe 5.

Le total de ces dispositifs représenterait ainsi l'équivalent de 34,8 Md€ de cotisations ou contributions.

Section 2
Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 18

Pour l'année 2014, est approuvé 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	188,0	194,1	-6,2
Vieillesse	219,4	221,0	-1,6
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,3	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	464,7	474,6	-10,0

Exposé des motifs

Le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base s'élève en prévision pour 2014 à - 10 Md€, soit une amélioration de 4,4 Md€ par rapport à 2013.

Ce redressement est le fruit d'une progression maîtrisée des dépenses : ralentissement à 2,4 % de la croissance de l'ONDAM, économies décidées dans le champ de la politique familiale et des retraites notamment.

Il résulte également de la mise en œuvre de recettes nouvelles pour la sécurité sociale (hausse des cotisations vieillesse et produit de la suppression de la référence aux « taux historiques » en matière de prélèvements sociaux sur les produits de placement) ainsi que d'un transfert supplémentaire de TVA nette en provenance de l'Etat correspondant à la fiscalisation de la part employeur finançant les contrats collectifs santé, à l'affectation à la branche famille du rendement de la baisse du quotient familial et à la compensation, pour cette même branche, de la baisse de ses cotisations de 0,15 point qui sera applicable au 1^{er} janvier 2014.

Dans ces conditions, le déficit de la branche maladie est réduit de 1,6 Md€ par rapport à 2013 pour s'établir à 6,2 Md€. La branche accidents du travail-maladies professionnelles connaîtra à nouveau un léger excédent, qui lui permettra d'apurer progressivement les déficits cumulés passés. La branche vieillesse bénéficiera dès 2014 des mesures du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et verra son solde amélioré de 2,4 Md€. La branche famille, qui bénéficie d'un effort de près de 1,7 Md€ de recettes nouvelles en 2014, présente pour sa part un déficit prévisionnel de 2,3 Md€, contre 2,8 Md€ pour 2013.

Article 19

Pour l'année 2014, est approuvé 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	163,7	169,9	-6,2
Vieillesse	116,0	117,2	-1,2
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,0	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	336,6	346,2	-9,6

Exposé des motifs

Le solde du régime général s'établit en prévision pour 2014 à - 9,6 Md€, soit une amélioration de 3,9 Md€ par rapport à 2013 et un effort de redressement de plus de 8,5 Md€ par rapport à la trajectoire tendancielle avant mesures nouvelles, dont 4 Md€ d'économies, 2 Md€ de transferts de recettes et 2,2 Md€ de recettes nouvelles.

Article 20

I. - Pour l'année 2014, est approuvé 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	17,2	20,4	-3,2

II. - Pour l'année 2014, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 12,8 milliards d'euros.

III. - Pour l'année 2014, 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 2014, 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 fiscales		0,1
Total		0,1

Exposé des motifs

Le solde prévisionnel du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'établit à - 3,2 Md€ en 2014 contre - 2,7 Md€ en 2013. La trajectoire de redressement du fonds initiée par les lois financières pour 2013 est en effet contrebalancée par les effets de la crise sur l'emploi qui augmente le montant des prises en charge de cotisations au titre du chômage. Le FSV bénéficiera toutefois de recettes supplémentaires dès 2014 (affectations des réserves de contribution sociale de solidarité sur les sociétés - C3S).

La CADES devrait amortir 12,8 Md€ de dette supplémentaire sur l'année 2014. Ce résultat porterait le total de la dette amortie depuis la création de la CADES à 96,9 Md€, soit près de 43 % de la dette cumulée reprise à fin 2014.

Du fait des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Fonds de réserve pour les retraites ne recevra aucun abondement en 2014, ses ressources courantes ayant été transférées soit à la CADES pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la CNAV et du FSV, soit directement au FSV.

Le Fonds de solidarité vieillesse bénéficiera d'un montant prévisionnel de 0,1 Md€ pour 2014 au titre du financement à compter de 2016 du maintien du bénéfice du taux plein dès soixante-cinq ans pour les parents de trois enfants les plus proches de l'âge de la retraite ainsi que pour les parents d'enfants handicapés, ce qui portera à 1,05 Md€ le montant des sommes mises en réserve depuis 2011.

Article 21

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2014 à 2017), 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.

Section 3

Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité**Article 22**

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

A. - L'article L. 131-6-2 est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque le revenu d'activité de la dernière année écoulée est définitivement connu, les cotisations provisionnelles, à l'exception de celles dues au titre de la première année d'activité, sont recalculées sur la base de ce revenu. » ;

2° Au troisième alinéa après les mots : « Lorsque le revenu d'activité », sont insérés les mots : « de l'année au titre de laquelle elles sont dues » ;

3° Au quatrième alinéa, les mots : « sur la base du dernier revenu d'activité connu ou » sont supprimés.

B. - Le deuxième alinéa du I de l'article L. 133-6-2 est supprimé.

C. - L'article L. 722-4 du même code est ainsi modifié :

1° Les mots : « , appréciés en application de l'article L. 131-6 » sont supprimés ;

2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette cotisation est calculée en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Son taux est fixé par décret. »

II. - A. - Le I s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2015.

B. - Par dérogation au A du présent II, le A du I s'applique aux cotisations de sécurité sociale recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1 du code de la sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

La simplification des règles applicables au calcul et à la collecte des cotisations sociales des travailleurs indépendants représente un volet important de la démarche de simplification du droit et des démarches des entreprises, qui constitue un des piliers du pacte de compétitivité.

Dans le droit fil des mesures de simplification adoptées ces dernières années, le présent article généralise à compter de 2015 le dispositif de régularisation anticipée, actuellement facultatif, dont bénéficient les travailleurs indépendants non agricoles, qui apporte une souplesse pour la trésorerie de ces entrepreneurs et simplifie le recouvrement des prélèvements sociaux par les régimes.

Cette mesure permet dès connaissance du revenu définitif de l'année précédente (N-1) :

- d'ajuster sur la base de ce revenu N-1 les cotisations provisionnelles dues au titre de l'année en cours (N) et initialement calculées sur la base du revenu de l'avant-dernière année (N-2) et ainsi de limiter le décalage entre les revenus définitifs et l'assiette des cotisations provisionnelles. Cela permet de limiter l'ampleur des régularisations qui peuvent être sources de difficultés pour le cotisant ;

- de régulariser sur la base de ce revenu N-1 la cotisation due au titre de l'année N-1 le plus tôt possible au cours de l'année N, ce qui permet soit d'étaler sur une plus grande période le versement du solde par le cotisant (7 mois au lieu de 2 mois actuellement), soit de le faire bénéficier d'un remboursement plus tôt au cours de l'année N en cas de trop-versé de cotisations provisionnelles en année N-1.

Le projet concerne les cotisations et contributions sociales de l'ensemble des régimes de travailleurs indépendants non agricoles. Toutefois, son application aux régimes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et de la caisse nationale des barreaux français (CNBF) est décalée d'un an au 1^{er} janvier 2016 pour tenir compte des contraintes de gestion résultant des évolutions en cours du régime de base de la CNAVPL et du régime complémentaire de la CNBF qui mobiliseront les moyens de ces caisses.

Enfin, pour accompagner cette mesure en faveur des travailleurs indépendants et pour encourager la création d'entreprises, il est envisagé de simplifier le dispositif d'aide aux chômeurs créant ou reprenant une entreprise (Accre). Cette mesure, de nature réglementaire, supprimera la pré-instruction des demandes d'Accre actuellement réalisée par les Urssaf et devrait permettre d'accélérer la délivrance de cette aide aux futurs entrepreneurs.

Article 23

I. - Les conditions dans lesquelles les employeurs mentionnés au I de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ainsi que ceux qui ont recours à un tiers pour l'accomplissement de leurs déclarations de cotisations sociales sont tenus, en fonction du montant annuel de leurs cotisations, de souscrire à la déclaration sociale nominative au plus tard le 1^{er} juillet 2015 sont fixées par décret.

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

1° La section 5 du chapitre III du titre IV du livre II est abrogée ;

2° La section 1 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-5-5 ainsi rédigé :

« *Art L. 133-5-5. - I. - Tout employeur est tenu d'effectuer les déclarations pour le calcul de ses cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée dans des conditions fixées par décret. Les seuils au delà desquels ces formalités s'imposent sont fixés par décret en fonction du montant des cotisations et contributions sociales.*

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

3° La section 2 *bis* du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-6-7-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-6-7-2. - Les travailleurs indépendants non agricoles sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement des cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée dans des conditions fixées par décret. Le seuil au-delà duquel ces formalités s'imposent est fixé par décret en fonction du montant des cotisations et contributions sociales ou, pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 133-6-8, en fonction du chiffre d'affaires. La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5. » ;*

4° A l'article L. 612-10, les mots : « L. 243-14 » sont remplacés par les mots : « L. 133-5-5 » ;

5° A l'article L. 623-1, les mots : « L. 243-14 » sont remplacés par les mots : « L. 133-5-5 » ;

6° A l'article L. 722-5, les mots : « des sections 4 et 5 » sont remplacés par les mots : « de la section 4 » et les mots : « de l'article L. 374-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 133-6-7-2 et L. 374-1 ».

B. - L'article L. 1221-12-1 du code du travail est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 1221-12-1. - Sont tenus d'adresser les déclarations préalables à l'embauche par voie électronique :

« 1° Les employeurs dont le personnel relève du régime général de sécurité sociale autres que les particuliers employant un salarié à leur service et qui ont effectué un nombre de déclarations préalables à l'embauche au cours de l'année civile précédente supérieur à un seuil fixé par décret ;

« 2° Les employeurs dont le personnel relève du régime de protection sociale agricole dont le nombre de déclarations préalables à l'embauche accomplies au cours de l'année civile précédente excède un seuil fixé par décret.

« Le non-respect de cette obligation entraîne l'application d'une pénalité par salarié, fixée par décret dans la limite de 0,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions relatives au recouvrement des cotisations de sécurité sociale. Les pénalités dues au titre d'une année civile sont versées au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations de sécurité sociale de l'année suivante. »

C. - L'article L. 725-22 du code rural et de la pêche maritime est abrogé.

III. - A. - Le I *bis* de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après la première phrase, il est inséré la phrase suivante :

« Dans les départements d'outre-mer, la déduction de cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle est majorée d'un montant fixé par décret. » ;

2° A la deuxième phrase, devenue troisième, les mots : « Cette déduction n'est cumulable » sont remplacés par les mots : « Ces déductions ne sont cumulables ».

B. - Le code du travail est ainsi modifié :

1° A l'article L. 1522-1, les mots : « lorsque celui-ci a la nature d'un titre spécial de paiement » sont supprimés ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 1522-4 est supprimé.

Exposé des motifs

La déclaration sociale nominative (DSN) créée par la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives et inscrite comme chantier de simplification dans le Pacte national pour la croissance, la compétitivité et l'emploi, vise à réduire la charge administrative que représente pour les 2 millions d'employeurs l'accomplissement des nombreuses déclarations sociales. Elle est appelée à se substituer progressivement à la quasi-totalité des déclarations sociales (déclarations de cotisations, déclarations annuelles de données sociales - DADS -, attestations de salaires pour les indemnités journalières, attestations employeur destinées à Pôle emploi, déclaration des mouvements de main-d'œuvre, etc.).

Elle est caractérisée par une montée en charge progressive puisque, dans l'attente de sa généralisation à l'ensemble des employeurs à échéance du 1^{er} janvier 2016, elle peut être souscrite sur la base du volontariat.

La possibilité pour les employeurs qui le souhaitent de s'inscrire dans cette démarche est en partie tributaire de la crédibilité du projet et de son portage par les pouvoirs publics. Notamment, l'investissement des éditeurs et gestionnaires de paie dans le projet, indispensable pour que les employeurs puissent en profiter, est conditionné aux perspectives de développement de l'utilisation de la DSN.

Il est également important d'éviter que la bascule en 2016 d'un trop grand nombre d'employeurs, faute de paliers intermédiaires, soit source de difficultés pour les entreprises.

Aussi, pour sécuriser la généralisation de la DSN, il est opportun d'instaurer une étape intermédiaire avant 2016. Aussi, au-delà d'un nouveau palier, déterminé par décret et fonction du montant annuel de cotisations versées par l'entreprise, la bascule des entreprises vers la DSN sera obligatoire au plus tard le 1^{er} juillet 2015.

Cette mesure est accompagnée d'un abaissement progressif des seuils de déclaration et de paiement dématérialisés pour les employeurs privés et publics ainsi que les tiers déclarants, ce qui devrait permettre de favoriser l'adoption de la DSN par les entreprises avant sa généralisation obligatoire. Il est également prévu d'étendre le chèque emploi service outre-mer afin de passer d'un formulaire papier à un dispositif qui offre la possibilité d'un gestion dématérialisée, dont les utilisateurs sont très satisfaits en métropole. Enfin, un dispositif similaire de dématérialisation des déclarations sociales et de services en ligne dédiés est prévu pour les travailleurs indépendants.

Article 24

A titre exceptionnel, il est prélevé au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une somme égale à 65 % des réserves, constatées au 31 décembre 2013, du fonds national de gestion technique des agents en activité et de leurs ayants droit de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

Exposé des motifs

Depuis sa création en 2007, la caisse d'assurance maladie du régime spécial des industries électriques et gazières (CAMIEG) dégage des excédents importants sur les deux fonds d'assurance maladie complémentaire obligatoire qu'elle gère (le fonds relatif aux actifs pour les salariés et leurs ayants-droit et le fonds relatif aux inactifs pour les pensionnés et leurs ayants-droits) : fin 2012, ils s'élèvent ainsi à 328 millions d'euros.

Ce régime dégageant structurellement des excédents, il a été décidé, à l'issue d'échanges avec les partenaires sociaux du secteur, d'une part d'augmenter le niveau des prestations pour les actifs comme pour les inactifs (+ 15 millions d'euros de prestations par an) et d'autre part de baisser les cotisations pour les actifs (- 25 % pour employeurs et salariés), ce qui permettra à la branche de revenir vers une situation structurelle d'équilibre.

Le présent article opère un prélèvement, vers la CNAMTS, d'une partie des fonds de la section des actifs de la CAMIEG à hauteur de 65 % des réserves constatées au 31 décembre 2013, soit un montant estimé à 170 millions d'euros. De plus, les excédents de la section des inactifs actuellement placés à l'ACOSS, seront mis à disposition de la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), afin de limiter son besoin d'emprunt.

Cette mesure participe d'un objectif d'intérêt général, celui de réduire le déficit de la branche maladie, et de solidarité inter-régimes du fait de l'intégration financière des IEG au régime général. Elle respecte en outre le principe de proportionnalité puisque le montant transféré est limité, s'effectue en une seule fois et ne remet pas en cause l'équilibre futur du régime des IEG.

Article 25

Au I de l'article 38 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les mots : « pour l'année 2013 » sont remplacés par les mots : « pour les années 2013 à 2017 ».

Exposé des motifs

Le présent article prévoit la possibilité de mobiliser un concours de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) afin de sécuriser la couverture des besoins de trésorerie de la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM).

La CANSSM, en charge d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime minier, fait face à des besoins de financement croissants, qui ont requis de majorer significativement ces dernières années les autorisations d'emprunt accordées à la caisse en loi de financement de la sécurité sociale (900 M€ en 2014 et 2013, contre 200 M€ en 2007).

Dans le contexte actuel de raréfaction des concours bancaires, il est proposé de prolonger pour quatre ans la possibilité pour la CANSSM, ouverte en LFSS pour 2013, de recourir à des avances de trésorerie auprès de l'ACOSS, dans le cadre d'un plafond maximal fixé à 250 M€.

Cette mesure permettra de garantir le financement du régime jusqu'à la fin 2017, en complément des avances et prêts obtenus auprès de la Caisse des dépôts et consignations et des autres partenaires bancaires.

Article 26

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

	(en millions d'euros)
	Montants limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	34 500
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 200
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	950
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	900
Caisse nationale des industries électriques et gazières	440
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	450
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	15

Exposé des motifs

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 34,5 Md€ pour l'exercice 2014. Ce montant a été fixé en tenant compte des mesures de financement proposées dans le présent projet de loi, de l'opération de transfert à la CADES des déficits 2013 de la CNAV et du FSV en application des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, ainsi que de l'intégration dans le périmètre de cette reprise de dette des déficits des branches famille et maladie (dans la limite du plafond global de 62 Md€ et de 10 Md€ par an ; article 14 du présent PLFSS). Ce plafond d'emprunt permet d'assurer à l'ACOSS, dont le point bas est estimé à 32 Md€ environ, la possibilité de faire face aux aléas pesant sur son profil. Enfin, le plafond tire les conséquences du renforcement de la politique de gestion des risques financiers mise en œuvre par l'ACOSS dans un contexte marqué par un recours proportionnellement plus important aux instruments de marché dans sa stratégie de financement. Cette politique conduit en effet à immobiliser sur des comptes de secours de sommes empruntées au-delà des besoins journaliers pour sécuriser ainsi les versements des prestations.

Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) est fixé à 4,2 Md€, soit un niveau proche de celui fixé l'année dernière (4 Md€).

Il est par ailleurs proposé d'abaisser les plafonds applicables aux autres régimes (notamment 950 M€, après 1,45 Md€ en 2013 pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, 450 M€, après 750 M€ pour la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français, 440 M€ après 600 M€ pour la Caisse nationale des industries électriques et gazières). Ces évolutions traduisent les efforts mis en œuvre dans les différents régimes spéciaux pour améliorer la gestion de trésorerie et limiter de manière systématique le recours à des ressources non permanentes.

Ces éléments sont détaillés en annexe 9 au présent projet de loi.

QUATRIÈME PARTIE
Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2014

Section 1
Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 27

I. - A la première phrase du premier alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, le mot : « six » est remplacé par le mot : « sept ».

II. - L'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « mentionnée » est remplacé par les mots : « ou d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionnés », après les mots : « d'opposition à la nouvelle convention », sont insérés les mots : « ou à l'accord » et après les mots : « un projet de convention », sont insérés les mots : « ou d'accord » ;

2° Au quatrième alinéa, après les mots : « en vue d'élaborer une nouvelle convention », sont insérés les mots : « ou un nouvel accord » et après les mots : « à compter de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention », sont insérés les mots : « ou d'un nouvel accord ».

Exposé des motifs

Les nouveaux modes de rémunération ont pour objet de financer des équipes pluriprofessionnelles, engagées dans les projets de fonctionnement collectif et mobilisées autour d'objectifs de santé publique pour les patients qu'elles prennent en charge.

L'article 44 de la LFSS pour 2008 prévoyait la possibilité de mettre en place des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) dans les maisons et centres de santé à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une durée de cinq ans maximum, soit jusqu'au 31 décembre 2012.

L'article 49 de la LFSS pour 2012 a prolongé cette expérimentation jusqu'au 31 décembre 2013 et prévu qu'à compter du 1^{er} janvier 2014, la voie conventionnelle permettrait la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel sur la base des résultats de l'évaluation des ENMR.

A cet effet, l'article 45 de la LFSS pour 2013 a ouvert la possibilité de définir une rémunération d'équipe par accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Les négociations de l'ACI n'ayant pas encore débuté, la présente mesure vise à prolonger les ENMR jusqu'au 31 décembre 2014, afin d'assurer la continuité des expérimentations en cours.

Si la négociation conventionnelle est la voie privilégiée pour la généralisation de la rémunération d'équipe, la présente mesure prévoit, en cas d'échec de cette négociation, la possibilité d'un règlement arbitral approuvé par les ministres.

Article 28

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

1° L'article L. 4011-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 4011-2.* - Les professionnels de santé peuvent soumettre à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. Ces derniers précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Ces protocoles sont accompagnés d'un modèle économique précisant notamment les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés. Le contenu type de ce modèle économique est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Après avoir vérifié que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional le directeur régional de l'agence régionale de santé en autorise la mise en œuvre par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé et après avis du collège des financeurs prévu à l'article L. 4011-2-1. » ;

2° Après l'article L. 4011-2, il est inséré trois articles L. 4011-2-1, L. 4011-2-2 et L. 4011-2-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4011-2-1.* - Un collège des financeurs, composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'assurance maladie, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, émet, pour chacun des protocoles de coopération transmis par l'agence régionale de santé, un avis portant sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et sa durée.

« Cet avis se fonde sur le modèle économique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 4011-2 ainsi que sur des critères définis par décret.

« Cet avis est transmis à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

« *Art. L. 4011-2-2.* - I. - Le financement dérogatoire des protocoles de coopération pour lesquels le collège des financeurs mentionné à l'article L. 4011-2-1 a donné un avis favorable peut être autorisé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour une durée n'excédant pas trois ans, renouvelable une fois.

« En tant que de besoin, ce financement peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

« a) Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

« b) 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« c) Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« d) Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

« II. - Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de l'autorisation au premier alinéa du I du présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 4011-2-3. - I. - Six mois avant le terme d'un protocole de coopération, les professionnels de santé transmettent à l'agence régionale de santé les éléments, prévus par arrêté du ministre chargé de la santé, nécessaires à son évaluation.

« L'agence transmet ces éléments, accompagnés de son avis sur la pérennisation de ce protocole, à la Haute Autorité de santé et au collège des financeurs.

« II. - Sur la base des éléments transmis par l'agence et de l'avis de la Haute Autorité de santé, le collège des financeurs rend un avis sur le maintien et, le cas échéant, sur la prise en charge financière du protocole, soit à titre dérogatoire pour une durée définie, soit à titre pérenne par inscription aux nomenclatures. Dans le cas d'un avis favorable du collège des financeurs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut maintenir le protocole ou le proroger pour une durée qu'il fixe.

« III. - Sur avis favorable du collège des financeurs, la Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de santé peut autoriser la mise en œuvre du protocole par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision. »

II. - A l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un dixième alinéa ainsi rédigé :

« 9° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 4011-2 du code de la santé publique sur l'efficacité des protocoles de coopération autorisés par l'agence régionale de santé. »

Exposé des motifs

Les protocoles de coopération entre professionnels, promus par les agences régionales de santé, ne peuvent être autorisés qu'après examen par la Haute Autorité de santé (HAS).

La procédure actuelle d'examen se limite à se prononcer sur l'innocuité du protocole. Elle ne comporte pas d'appréciation du modèle économique de chaque protocole et ne s'assure donc ni de son financement effectif, ni de sa fiabilité financière.

En l'absence d'une telle analyse, certains protocoles de coopération peuvent faire l'objet d'un avis positif de la Haute Autorité de santé, et être ainsi autorisés par une ARS, sans être pour autant mis en œuvre, faute de modèle médico-économique et de financements adéquats.

Pour remédier à cette faiblesse, le présent article prévoit la mise en place d'un collège des financeurs qui émettra un avis sur le modèle médico-économique, qui devient ainsi une des conditions de l'autorisation du protocole, afin de permettre leur financement. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pourront décider d'un financement dérogatoire de ces protocoles.

Par ailleurs, pour favoriser des protocoles de qualité, le présent article instaure le principe d'une évaluation des protocoles autorisés au terme d'une durée déterminée par la HAS en fonction du protocole.

Article 29

I. - Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2014 et pour une période n'excédant pas quatre ans, dans des régions pilotes, portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, pour des patients pris en charge, d'une part, en ville, et, d'autre part, en structures médico-sociales par télé expertise, téléconsultation et télésurveillance.

Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La liste des régions pilotes est définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé. Les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les professionnels de santé, centres de santé, établissements de santé et établissements médico-sociaux volontaires peuvent participer à ces expérimentations.

II. - Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I, il peut être dérogé :

1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

4° A l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

5° Aux articles L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu aux articles L. 1435-8 et suivants du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique au sein de l'arrêté prévu au même article L. 1435-9. Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux régions pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

III. - Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine dans le cadre de l'expérimentation définie au I et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale d'assurance maladie met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèreraient nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télémédecine dans le cadre de l'expérimentation.

IV. - Au terme de cette expérimentation, une évaluation sera réalisée par la Haute Autorité de santé, en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fera l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé.

Exposé des motifs

Le présent article autorise l'expérimentation du financement d'actes de télémédecine dans le but d'accélérer le déploiement de nouveaux usages de la télémédecine en ville et au sein de structures médico-sociales. Cette expérimentation poursuit un triple objectif :

- faciliter l'accès aux soins, notamment dans les zones sous-denses ou enclavées ;
- optimiser les parcours de santé, notamment des personnes âgées et handicapées ;
- renforcer l'efficience de la prise en charge pour les patients.

L'expérimentation porte sur le déploiement de la télémédecine pour les patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD notamment), sur plusieurs régions pilotes, sur une durée de quatre ans.

Cette expérimentation, fondée sur un cahier des charges national défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et dont le pilotage reposera fortement sur les agences régionales de santé, portera sur des activités de téléexpertise, de téléconsultation et de télésurveillance. Elle pourra notamment s'appliquer au suivi des plaies chroniques ou aux consultations dans les structures médico-sociales. L'évaluation de cette expérimentation sera conduite par la Haute Autorité de santé.

Elle nécessite de déroger aux règles de tarification de droit commun.

Article 30

I. - Au premier alinéa de l'article L. 722-6 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 361-1 », sont insérés les mots suivants : « , ainsi qu'à celles prévues au 5° de l'article L. 321-1 selon les modalités prévues à l'article L. 722-8-2 ».

II. - Après l'article L. 722-8-1 du même code, il est rétabli un article L. 722-8-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 722-8-2. - Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire dès lors qu'elles se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou reprendre leur activité professionnelle en raison de difficultés médicales liées à leur grossesse. Cette incapacité temporaire de travail est constatée dans les conditions prévues au 5° de l'article L. 321-1.

« L'indemnité prévue au premier alinéa est accordée à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité temporaire de travail et est due, pendant une période d'une durée fixée par décret, pour chaque jour ouvrable ou non. L'indemnité est servie dans les conditions et sous réserve des obligations prévues à l'article L. 323-6.

« Les modalités d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa, le délai et la durée maximale de versement mentionnés au deuxième alinéa, sont fixées par décret.

« L'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa n'est pas cumulable avec l'indemnité journalière mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 722-8. »

Exposé des motifs

Le présent article vise à renforcer l'attractivité des professions libérales de santé pour les jeunes femmes relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) en améliorant leur protection sociale durant la grossesse.

Les femmes affiliées à ce régime bénéficient à l'occasion de leurs maternités d'une indemnité de repos forfaitaire pendant une période démarrante six semaines avant l'accouchement et se terminant dix semaines après celui-ci (ces durées étant adaptées en cas de naissances multiples ou à compter du troisième enfant). A l'instar de ce qui existe pour les salariées du régime général, en cas de grossesse pathologique, le congé maternité accordé à ces femmes peut être précédé d'un repos supplémentaire de deux semaines indemnisé au titre de la maternité.

Toutefois, lorsqu'elles sont dans l'incapacité d'exercer leur profession du fait d'une grossesse difficile, en dehors de ce délai, elles ne bénéficient d'indemnités qu'à compter du 91^{ème} jour d'arrêt (seuil de déclenchement du régime d'invalidité des professions libérales). Or les femmes enceintes affiliées au régime général peuvent bénéficier d'indemnités journalières pour maladie dans ce cas de figure.

Il est donc proposé de créer un régime d'indemnité journalière maladie au profit des femmes enceintes subissant une incapacité temporaire d'activité du fait de difficultés médicales liées à leur grossesse qui permettra le versement d'indemnités au cours des quatre-vingt-dix premiers jours d'arrêt. L'indemnisation sera forfaitaire et versée après un délai de carence.

Article 31

I. - L'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « et que ce dépassement résulte de pratiques de prescriptions non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1 » sont supprimés ;

2° Au sixième alinéa, les mots : « lui enjoint » sont remplacés par les mots : « peut lui enjoindre ».

II. - L'article 64 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est abrogé.

III. - A. - De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1^{er} janvier 2014 et pour une période n'excédant pas trois ans, par des établissements de santé volontaires pour les transports de patients au départ ou à destination de ces établissements, autres que les transports d'urgence régulés par les services d'aide médicale urgente.

Cette expérimentation a pour objectif de développer des modes de transports plus efficaces en proposant au patient le mode de transport le moins onéreux compatible avec son état de santé, de contribuer à l'amélioration de l'organisation des soins ou examens délivrés dans un même établissement de santé et d'optimiser l'utilisation des véhicules de transport des patients.

B. - L'expérimentation est mise en place dans un établissement de santé par la conclusion d'une convention entre l'établissement de santé expérimentateur, les organismes locaux d'assurance maladie et l'agence régionale de santé, après consultation des organisations professionnelles nationales du transport sanitaire et des taxis représentées localement. Elle porte sur l'ensemble des transports des patients de l'établissement réalisés par des entreprises de transports sanitaires agréées et par des entreprises de taxis conventionnées.

Pour participer à une expérimentation menée par un établissement de santé, une entreprise de transports sanitaires agréée ou une entreprise de taxis conventionnée doit adhérer à la convention la régissant. Cette convention n'entre en vigueur que lorsque le nombre d'entreprises signataires garantit la disponibilité d'un parc de véhicules adapté au volume et aux conditions de transport définis par l'établissement expérimentateur.

Par dérogation au 2° de l'article L. 321-1, les transports de patient effectués par des entreprises de transports sanitaires et de taxis en dehors des conditions d'organisation définies dans la convention ou par des entreprises n'ayant pas adhéré à la convention ne sont pas pris en charge par les régimes d'assurance maladie à l'exception de ceux régulés par les services d'aide médicale urgente.

L'agence régionale de santé fixe la liste des établissements de santé entrant dans le champ de chaque expérimentation. Elle peut enjoindre aux établissements qui donnent lieu au constat mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale de mettre en œuvre l'expérimentation définie au présent article.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut attribuer un financement à l'établissement de santé pour le lancement de l'expérimentation. En cas de constatation d'une réduction des dépenses de transport au cours de l'expérimentation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut allouer une dotation d'intéressement à l'établissement de santé. Les sommes attribuées pour le lancement des expérimentations et les dotations d'intéressement sont financées par le fonds d'intervention régional.

C. - La convention d'expérimentation détermine :

1° Les modalités d'organisation des transports assurés au départ ou à destination de l'établissement expérimentateur, autres que les transports d'urgence régulés par les services d'aide médicale urgente ;

2° Les obligations des établissements de santé et des entreprises réalisant le transport des patients ainsi que les pénalités versées en cas de manquement à ces obligations ;

3° Les conditions d'attribution d'un financement de lancement et de dotations d'intéressement des établissements de santé par l'agence régionale de santé ;

4° Les modalités selon lesquelles les entreprises de transport sanitaire et les entreprises de taxis adhèrent à la convention mentionnée au 2° ;

5° Les conditions d'interruption de l'expérimentation avant le terme de trois ans et de retour aux modalités de financement de droit commun ;

6° Les conditions dans lesquelles l'expérimentation prend fin à son échéance triennale et celles permettant le retour aux modalités de financement de droit commun.

D. - Chaque expérimentation menée par un établissement de santé fait l'objet d'une évaluation annuelle conduite par l'agence régionale de santé. Le dispositif expérimental mis en place en application du présent article fait l'objet d'un rapport d'évaluation du Gouvernement qui est transmis au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2019.

E. - Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation et les modalités de financement et d'intéressement prévues par la convention mentionnée au B.

Exposé des motifs

Les prescriptions de transport réalisées pour les patients pris en charge en établissement de santé et remboursées en ville représentent plus de 60 % de l'ensemble des prescriptions de transport, soit 2 Md€ en 2012. Cette dépense est en augmentation régulière depuis plusieurs années et devrait progresser de 3,8 % en 2013.

Cette progression résulte notamment du développement des activités ambulatoires (médicales ou chirurgicales) ou du regroupement de plateaux techniques hospitaliers.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a instauré un mécanisme de régulation de cette dépense en incitant à la contractualisation entre les établissements de santé, les agences régionales de santé et les caisses primaires d'assurance maladie. Ce dispositif prévoyait des objectifs de réduction du taux d'évolution des dépenses de transports et d'optimisation des bonnes pratiques de prescription sur des établissements ciblés.

Le présent article vise tout d'abord à renforcer le dispositif juridique pour permettre aux agences régionales de santé d'intervenir plus efficacement dans ce domaine.

Il prévoit également la mise en œuvre d'expérimentations de nouveaux modes d'organisation des transports de patients réalisés par des entreprises de transports sanitaires agréées ou des taxis conventionnés. Ces expérimentations auront pour objectif de développer des modes de transports plus efficaces.

Elles reposeront sur une convention entre l'établissement de santé, la caisse primaire d'assurance maladie et l'agence régionale de santé, après consultation des organisations professionnelles nationales du transport sanitaire et des taxis représentées localement.

Article 32

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

1° L'article L. 221-1-1 est abrogé ;

2° Après le 8° de l'article L. 221-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 9° D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues à l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4 du même code. »

II. - L'article L. 1433-1 du code de la santé publique est complété par l'alinéa suivant :

« Il définit les orientations stratégiques relatives aux actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Les aides attribuées aux actions et expérimentations ainsi qu'à leur évaluation sont financées par une dotation des régimes d'assurance maladie fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. »

III. - Au deuxième alinéa de l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les mots : « , dont le montant » sont remplacés par les mots : « composée de deux parts, l'une au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement du centre et l'autre au titre du financement des contrats d'engagement de service public. Le montant de la dotation ».

Exposé des motifs

Le fonds d'intervention régional (FIR) assume aujourd'hui la plupart des missions jusque-là dévolues au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

En conséquence, le présent article supprime, par souci de simplification, le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), tout en organisant le financement des missions nationales qu'il conservait :

- les dotations qu'il verse à l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP-santé) et au centre national de gestion chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, des directeurs des soins et des praticiens hospitaliers (CNG) seront désormais versées directement par la CNAMTS à ces opérateurs ;

- l'enveloppe finançant les actions nationales concourant à l'amélioration de la qualité et la coordination des soins sera attribuée par la CNAMTS, sur la base des orientations stratégiques définies par le conseil national de pilotage (CNP) des agences régionales de santé (ARS) et après avis du conseil de l'UNCAM et de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS).

Article 33

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 162-22-8, il est inséré un article L. 162-22-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-8-1.* - Les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par des établissements de santé situés dans des zones à faible densité de population et répondant à des critères d'isolement géographique, peuvent être financées selon des modalités dérogatoires aux dispositions des articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10 lorsque les prestations d'hospitalisation qu'ils assurent et leur situation financière le justifient. Ces modalités de financement, les critères permettant de caractériser ces zones, ainsi que les critères d'éligibilité des établissements tenant à la nature des prestations d'hospitalisation qu'ils assurent et à leur situation financière sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« La liste des établissements auxquels s'appliquent les modalités de financement définies au premier alinéa est fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale sur proposition, pour chaque région, du directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

2° L'article L. 162-26-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « pour assurer des activités de soins » et les mots : « afférents à ces activités » sont supprimés ;

b) Après les mots : « les honoraires », sont ajoutés les mots : « liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens » ;

3° a) Après l'article L. 162-22-9-1, il est inséré un article L. 162-22-9-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-9-2.* - L'Etat peut fixer, pour tout ou partie des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volumes d'activité.

« Lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation d'hospitalisation d'un établissement de santé soumise aux dispositions du premier alinéa est supérieur au seuil fixé en application de celui-ci, le tarif national mentionné au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicable à la prestation concernée est, pour la part d'activité réalisée au-delà de ce seuil par l'établissement, minoré.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment les critères pris en compte pour fixer les seuils, les modalités de mesure de l'activité et de minoration des tarifs ainsi que les conditions de mise en œuvre des minorations après constatation du dépassement du seuil fixé pour une activité. » ;

b) Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

- il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9-2. » ;

- au dernier alinéa, les mots : « mentionnés au 2° » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 2° et 5° ».

Exposé des motifs

Le présent article constitue une première étape dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification hospitalière. Les adaptations du modèle proposées sont issues des réflexions des acteurs hospitaliers, réunis au sein du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH).

Le modèle actuel de financement des établissements de santé ne permet en effet pas suffisamment de répondre aux enjeux de mise en œuvre d'objectifs de santé publique ou au déploiement de stratégies régionales de réponse aux besoins de santé des populations dans le cadre des projets régionaux de santé. Il convient donc de le faire évoluer.

Ainsi, le présent article prévoit tout d'abord que des établissements de santé qui, en raison de leur implantation dans des territoires peu denses ou isolés, sont dans une situation où le modèle commun de financement ne leur apporte pas un niveau de recettes adapté à leurs charges, et dont l'activité est nécessaire pour garantir l'accès aux soins de la population, peuvent bénéficier, sur décision nationale, d'un financement adéquat. Un décret en Conseil d'Etat fixera les critères d'éligibilité au financement.

Il permet ensuite la facturation de consultations externes par des médecins salariés d'établissements privés, qui ne sont aujourd'hui pas facturables à l'assurance maladie, ce qui pose des problèmes d'accessibilité à une offre spécialisée. En effet, le nombre de praticiens spécialistes exerçant à titre libéral, notamment en médecine physique et de réadaptation, est insuffisant et il apparaît donc nécessaire de permettre aux praticiens salariés des établissements de répondre aux besoins.

Il introduit enfin la possibilité d'un mécanisme de dégressivité des tarifs nationaux pour certaines prestations d'hospitalisation des établissements de santé.

Article 34

I. - A. - Des expérimentations peuvent être menées à compter du 1^{er} juillet 2014 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique et relevant de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il est dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du même code en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, aux 1^o, 2^o, 6^o et 9^o de l'article L. 321-1 du même code en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie, à l'article L. 162-2 du même code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade, aux articles L. 322-2 et L. 322-3 du même code relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations et aux articles L. 314-2 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du même code.

B. - Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de mise en œuvre des expérimentations, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire, et, le cas échéant, médico-social et social des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

Le contenu de chaque projet pilote est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur proposition d'une ou plusieurs agences régionales de santé. Le cahier des charges détermine les catégories d'établissements de santé et médico-sociaux et de professionnels de santé participant au projet pilote. Le projet pilote est mis en œuvre par le biais d'une convention conclue entre la ou les agences régionales de santé concernées, les établissements de santé et médico-sociaux et les professionnels de santé pour la durée de l'expérimentation.

C. - En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation des projets pilotes est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement.

II. - A. - Une expérimentation peut être menée à compter du 1^{er} mars 2014 et pour une période n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe et relevant de l'article L. 324-1. La liste des affections concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Participent à l'expérimentation les titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par radiothérapie pour les affections concernées, au titre des articles L. 6122-1 et L. 6122-3 du code de la santé publique.

Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13, aux conditions de rémunération des médecins prévues à l'article L. 162-2, ainsi qu'aux règles relatives aux relations conventionnelles entre les médecins et les organismes d'assurance maladie fixées aux articles L. 162-5 à 162-5-17.

B. - Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

C. - En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement.

Exposé des motifs

La stratégie nationale de santé a notamment pour objectif de promouvoir une approche de la prise en charge des patients articulée autour de la notion de parcours de soins.

L'enjeu est de coordonner les différentes étapes de la prise en charge des patients, notamment pour ceux qui sont atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques. Il s'agit de garantir une qualité de soins optimale et d'éviter les aléas de traitement liés au manque de coordination entre les professionnels ou les établissements de santé.

Le présent article vise à expérimenter de nouveaux modes de financement qui doivent contribuer à l'optimisation du parcours de soins des patients, en faveur à la fois d'une meilleure qualité de prise en charge et d'une optimisation des dépenses d'assurance maladie. Ces expérimentations concerneront l'insuffisance rénale chronique et le traitement du cancer par radiothérapie, deux prises en charges sur lesquelles des limites ont été identifiées par les professionnels et pour lesquelles existent des recommandations de bonne pratique.

Pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, les états généraux du rein, organisés en 2013, ont posé un diagnostic consensuel des difficultés de suivi des patients atteints d'insuffisance rénale chronique, notamment de ceux en phase 4 de la maladie, confrontés au risque d'une défaillance rénale aggravée et au besoin d'une technique de suppléance (dialyse ou greffe rénale). Les parcours de soins de ces patients sont parfois désorganisés, génèrent une discontinuité des soins, des prises en charge en urgences évitables, et globalement des défauts d'orientation et d'accompagnement vers le meilleur traitement possible.

Concernant le traitement du cancer par radiothérapie, le mode de financement actuel, qui rémunère les établissements ou les professionnels de santé sur la base de la séance ou de la dose totale, n'incite pas à l'optimisation des prises en charge.

Dans le cas particulier du cancer du sein et du cancer de la prostate, les techniques ont évolué et les pratiques se sont adaptées. Elles peuvent se fonder, selon l'état du patient et les objectifs du traitement, sur des protocoles médicaux qui comprennent un nombre de séances de radiothérapie limité.

En conséquence, pour ces deux affections cancéreuses, la mesure vise dans un premier temps à élaborer un modèle intégré de financement qui ne sera pas fondé sur la séance ou sur la dose totale d'irradiation, mais pourra comprendre tous les paramètres du traitement itératif du cancer par radiothérapie dispensé au patient.

Pour ces deux expérimentations, un décret devra préciser, après concertation avec les professionnels et sociétés scientifiques concernés, les modalités précises de déploiement du mode de financement dérogatoire.

Article 35

I. - Après l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 174-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-1-2.* - Une part du montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 peut être transférée, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, vers le fonds d'intervention régional mentionné aux articles L. 1435-8 et L. 1435-9 du code de la santé publique. De la même manière, une part du montant du fonds d'intervention régional dont la gestion est déléguée à l'agence régionale de santé peut être transférée vers la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1. Ces transferts ne peuvent conduire à ce que l'une ou l'autre des dotations concernées soit diminuée au-delà d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans la limite de 1 % du montant des dotations régionales concernées.

« Les transferts réalisés en cours d'année sont pris en compte en fin d'année par correction, d'une part, du montant de l'objectif mentionné à l'article L. 174-1-1 du même code et, d'autre part, de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique. »

II. - Le 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique est complété d'une phrase ainsi rédigée :

« Il peut être révisé en cours d'année pour tenir compte des transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

La stratégie nationale de santé fixe pour principe la subsidiarité entre le niveau national de pilotage de notre système de santé et les agences régionales de santé. La fongibilité, c'est-à-dire la capacité pour le directeur général de l'agence régionale de santé d'allouer des ressources en fonction des besoins de santé identifiés dans les territoires, indépendamment des enveloppes auxquelles elles sont rattachées, est un levier majeur qui mérite d'être développé. Elle permet par exemple la transformation d'un service de médecine en service de soins de suite ou d'un service d'hospitalisation en psychiatrie en maison d'accueil spécialisée.

Si ce dispositif existe, il apparaît comme trop restrictif et ne permettant pas de réaliser ces opérations avec la souplesse requise. En conséquence l'article autorise les directeurs généraux des agences régionales de santé à transférer des crédits entre les dotations régionales, dotation annuelle de financement (DAF) et fonds d'intervention régional (FIR), sans que cette opération ne soit rattachée à un transfert ou à une création d'activités. Ce dispositif, qui constitue une amorce vers plus de souplesse de gestion au niveau régional, est encadré par un taux de transfert autorisé dans la limite de 1 % des dotations.

Article 36

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

1° A l'article L. 162-22-14, les mots : « ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie » sont supprimés ;

2° L'article L. 162-22-15 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « sont versés » sont ajoutés les mots suivants : « aux établissements mentionnés aux *a, b, c* de l'article L. 162-22-6, d'une part, et aux établissements mentionnés au *d* du même article, d'autre part, » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

3° A l'article L. 174-2, le deuxième alinéa et les mots : « et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations » sont supprimés ;

4° Au dernier alinéa de l'article L. 174-12, les mots : « et répartie entre les régimes » sont supprimés ;

5° La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 174-15-1 est supprimé ;

6° Le chapitre V du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 175-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 175-2.* - Les sommes versées au titre des forfaits et des dotations annuels mentionnés aux articles L. 162-22-15, L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-12 et L. 174-15-1 sont réparties entre les régimes d'assurance maladie selon des coefficients fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé en fonction des charges observées pour chacun des régimes dans le système commun d'information mentionné à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique pour le dernier exercice connu. »

II. - 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° Au dernier alinéa du I, après les mots : « au plus tard le 1^{er} mars 2016 », sont insérés les mots : « pour les actes et consultations externes et au plus tard le 1^{er} mars 2018 pour les autres prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire » ;

2° Il est rétabli un VII ainsi rédigé :

« *VII.* - Jusqu'à la date de fin de dérogation prévue au I, les dispositions de l'article L. 175-3 du code de la sécurité sociale s'appliquent également aux dépenses liées aux prestations d'hospitalisation. »

III. - Les dispositions du I et du 2° du II entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2014 et s'appliquent, le cas échéant, à la régularisation comptable de l'exercice 2013 faite en 2014.

Exposé des motifs

Actuellement, les établissements de santé facturent à l'assurance maladie, les actes et consultations externes ou les séjours sur une base mensuelle et globale. Sur cette base, l'objectif central de la facturation directe (FIDES) est d'une part d'instaurer un dispositif permettant de gagner en visibilité sur la valorisation de l'activité hospitalière et d'autre part de faciliter le rapprochement des dépenses engagées en ville et à l'hôpital pour un même assuré.

Les expérimentations en cours, qui portent uniquement sur les actes et consultations externes, permettent d'envisager une généralisation du dispositif pour 2016. En revanche, la mise en œuvre du dispositif pour les séjours hospitaliers est plus complexe car elle représente un défi majeur sur le plan technique et de l'organisation, notamment en matière de systèmes d'information. Il sera donc nécessaire de travailler à la résolution de ces difficultés et de conduire des expérimentations avant d'envisager une généralisation, ce qui suppose de repousser la date de généralisation de la facturation directe des séjours à 2018.

Par ailleurs, les modalités opérationnelles de répartition des charges hospitalières entre les régimes d'assurance maladie, telles qu'utilisées actuellement dans l'attente de cette généralisation de la facturation directe, prennent mal en compte les changements qu'a entraînés le passage d'un financement par dotation globale à un financement à l'activité pour les établissements « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ». Les références et les modalités de calcul utilisées ne correspondent pas aux évolutions intervenues lors du passage de la dotation globale à la tarification à l'activité.

Ce constat a été souligné par la Cour des comptes dans son rapport sur la certification des comptes de la CNAMTS pour l'exercice 2012 ; elle a par ailleurs indiqué que la méthode de répartition actuelle était appliquée sur une source d'information non exhaustive et non contrôlée.

Le présent article propose donc également de fiabiliser et de simplifier la répartition des charges hospitalières entre les régimes d'assurance maladie en s'appuyant sur les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Article 37

I. - A titre expérimental et pour une période de quatre ans, la délivrance dans des officines de pharmacie des médicaments à usage humain appartenant à la classe des antibiotiques se fait à l'unité, lorsque leur forme pharmaceutique le permet.

II. - Un décret détermine pour ces médicaments les conditions de désignation des officines des régions retenues pour participer à cette expérimentation. Il définit en outre pour les médicaments concernés les modalités de délivrance, de conditionnement, d'étiquetage et de traçabilité. Il détermine en fonction du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, les règles de fixation du prix à l'unité de vente au public, de prise en charge par l'assurance maladie, de facturation et prévoit les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre.

III. - L'expérimentation fera l'objet d'une évaluation selon des modalités fixées par le décret prévu au II du présent article.

IV. - Le Gouvernement présente au Parlement au plus tard le 31 juillet 2017 un rapport dressant le bilan de l'expérimentation prévue au présent article, notamment au regard de son impact sur les dépenses et le bon usage des médicaments concernés.

Exposé des motifs

Alors qu'un rapport de l'inspection générale des affaires sociales a estimé qu'un médicament remboursé sur deux n'est pas consommé, des stocks dormants au domicile des patients entraînent une automédication inappropriée à partir des médicaments restants. En outre, la délivrance de médicaments au-delà du traitement prescrit a également un impact environnemental non négligeable et pose la question de leur coût pour l'assurance maladie.

La délivrance des médicaments à l'unité apparaît comme une réponse possible à ces problèmes. Elle a d'ores et déjà été adoptée par l'Espagne, l'Allemagne, la Suède, la Belgique, le Royaume-Uni, l'Islande et les Etats-Unis où elle est généralement ciblée sur certains médicaments et accompagnée de règles de bonne pratique. En France, elle est effective dans les établissements de santé et dans certains EHPAD disposant d'une pharmacie à usage intérieur et elle est obligatoire en officine de ville pour les médicaments stupéfiants (article R. 5132-33 du code de la santé publique).

C'est pourquoi il est proposé d'expérimenter la dispensation à l'unité de façon ciblée sur les antibiotiques. En effet, leur consommation en dehors des prescriptions et la diffusion dans l'environnement posent des problèmes particuliers de santé publique liés notamment au développement des résistances à ces substances essentielles.

Cette expérimentation aura pour but de mesurer l'impact médico-économique de la délivrance à l'unité en mesurant notamment les économies dégagées pour l'assurance maladie. Son caractère limité permettra de circonscrire les difficultés pratiques liées à cette forme de délivrance et de les résoudre dans un cadre empirique avant une éventuelle extension à l'ensemble du territoire national.

Article 38

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

1° Le 15° de l'article L. 5121-1 est modifié dans les conditions suivantes :

a) Avant les mots : « Sans préjudice », il est inséré la mention : « a) » ;

b) Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Un médicament biologique ne peut être qualifié de médicament biologique de référence que si son autorisation a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation ;

« b) Groupe biologique similaire, le regroupement d'un médicament biologique de référence et de ses médicaments biologiques similaires, tels que définis au a du 15°. Ils sont regroupés au sein du répertoire des groupes biologiques similaires. » ;

2° L'article L. 5121-10-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « 15° de l'article L. 5121-1 » sont remplacés par les mots : « au a du 15° de l'article L. 5121-1 » ;

b) Au troisième alinéa, avant les mots : « la commercialisation », il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Le directeur général de l'agence procède à l'inscription du médicament biologique similaire dans le répertoire des groupes biologiques similaires prévu au b du 15° de l'article L. 5121-1 au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence. » ;

c) Au dernier alinéa, après les mots : « présent article », sont insérés les mots : « à l'exception du troisième alinéa » ;

3° A l'article L. 5121-20, il est ajouté un 19° ainsi rédigé :

« 19° La procédure d'inscription au répertoire des groupes biologiques similaires mentionné au b du 15° de l'article L. 5121-1 et à l'article L. 5121-10-2 » ;

4° Après l'article L. 5125-23-1, il est inséré un article L. 5125-23-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 5125-23-2. - Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire, lorsque les conditions suivantes sont remplies :

« 1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire mentionné au b du 15° de l'article L. 5121-1 ;

« 2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire ;

« 3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite ;

« 4° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.

« Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.

« Le pharmacien assure la dispensation de ce même médicament biologique lors du renouvellement de la prescription ou d'une nouvelle ordonnance de poursuite de traitement.

« Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement.

« Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de substitution du médicament biologique et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

II. - Au cinquième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « article L. 5125-23 », sont ajoutés les mots : « ou de l'article L. 5125-23-2 » et les mots : « la plus chère » sont remplacés par les mots : « ou du médicament biologique similaire le plus cher ».

Exposé des motifs

Cette mesure vise à promouvoir la diffusion des médicaments biologiques similaires ou « biosimilaires ».

Les pertes imminentes de brevet de certains médicaments issus de biotechnologies et l'arrivée sur le marché de leurs biosimilaires représentent un potentiel d'économies non négligeable.

Il convient de permettre à la collectivité, non seulement de tirer pleinement profit de ces chutes de brevet, mais aussi de garantir la sécurité de l'utilisation des médicaments biosimilaires pour le patient.

Pour cela, il est prévu que l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) établisse un répertoire dit « des groupes biologiques similaires » assorti d'éventuelles mises en garde ou restrictions complémentaires pour chaque produit. Ce répertoire permettra d'informer les prescripteurs de l'existence de ces médicaments et donc de les inviter à les prescrire.

En complément, la mesure autorise la substitution par les pharmaciens de biosimilaires au médicament biologique de référence prescrit, dès lors qu'il appartient au même groupe biologique similaire, mais uniquement en initiation de traitement (c'est-à-dire à l'occasion de la première délivrance) ou afin de permettre la continuité d'un traitement initié avec le même médicament biologique similaire. Il est également prévu que cette substitution offre, notamment à travers l'entretien avec le patient qui accompagne la délivrance d'un médicament, le renseignement du dossier pharmaceutique et l'information entre le pharmacien et le prescripteur, toutes les garanties permettant de la sécuriser et d'assurer au patient la continuité de son traitement avec le même médicament biologique.

Article 39

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

1° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « du code de la santé publique », sont insérés les mots : « ou pris en charge en application des dispositions de l'article L. 162-16-5-2 » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « ce dernier demande au » et : « de reverser » sont respectivement remplacés par les mots : « le » et : « reverse » et les mots : « tout ou partie de » sont supprimés ;

2° Après l'article L. 162-16-5-1, il est inséré un article L. 162-16-5-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5-2.* - Un médicament qui, préalablement à l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets ou de la date de fin d'octroi de l'autorisation temporaire d'utilisation fixée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques. Seul peut être pris en charge à ce titre un médicament utilisé au profit de patients traités dans les indications ayant bénéficié de l'autorisation temporaire d'utilisation, pour lesquelles il n'existe pas d'alternative thérapeutique appropriée et qui sont mentionnées dans l'autorisation de mise sur le marché ou font l'objet d'une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation.

« Par dérogation à l'alinéa précédent, lorsque le traitement a été initié au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation dans une indication non mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché, la prise en charge du médicament est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.

« La prise en charge mentionnée aux deux alinéas précédents dure jusqu'à ce qu'une décision relative à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code ou aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ait été prise et, le cas échéant, jusqu'à ce que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix ait été publié.

« Les dispositions du présent article cessent de s'appliquer si aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 n'a été déposée, pour le médicament considéré, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché. »

II. - Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2014. Les spécialités ayant bénéficié des dispositions de l'article 24 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé et pour lesquelles aucune décision n'a été prise, au titre de leur autorisation de mise sur le marché, sur leur inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code ou sur une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, continuent à bénéficier des dispositions de cet article jusqu'au 1^{er} août 2014.

Exposé des motifs

Permettre et prendre en charge l'accès précoce à certains médicaments pour certains patients est une spécificité française.

Les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) octroyées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) garantissent ainsi l'accès des patients à des médicaments qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché.

Aujourd'hui, dans le cadre d'un dispositif expérimental qui s'achève en décembre 2013, les médicaments ayant bénéficié d'une ATU et utilisés pendant la période suivant l'octroi de l'AMM sont facturés à prix libres à l'assurance maladie.

La présente mesure vise à pérenniser ce dispositif tout en l'amendant au vu des difficultés qui ont été identifiées : délai de prise en charge limité à sept mois, qui s'avère inadapté au besoin de certains patients et génère un risque d'interruption de traitement, insuffisance de l'encadrement financier de la prise en charge.

Le présent article pérennise la prise en charge par l'assurance maladie de ces traitements entre l'octroi de l'AMM et la fixation du prix par le comité économique des produits de santé (CEPS). Il précise le champ des patients concernés et garantit la continuité des soins pour les patients ayant bénéficié d'une ATU, y compris pour une indication finalement non mentionnée dans l'AMM, à l'exception de celles refusées en raison d'un rapport bénéfice-risque défavorable.

Enfin, il permet de maîtriser le coût de ce dispositif pour l'assurance maladie, par un dispositif de reversement obligatoire si le prix fixé par le CEPS est inférieur au montant jusqu'alors facturé par le laboratoire aux établissements de santé.

Article 40

Il est ajouté à la section 1 du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale un article L. 138-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-9-1.* - Tout fournisseur des officines de spécialités génériques définies au *a* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est tenu de déclarer au comité économique des produits de santé mentionné à l'article L. 162-17-3 du présent code les montants totaux, par année civile et par spécialité pharmaceutique, des chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties, conformément à l'article L. 138-9 du présent code, au titre des ventes de ces spécialités pharmaceutiques remboursables aux officines de pharmacie.

« Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis ou lorsque cette déclaration s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par le fournisseur au titre du dernier exercice clos. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au comité économique des produits de santé.

« Les modalités et délais de déclaration des montants des chiffres d'affaires et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties ainsi que les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat. »

Exposé des motifs

Les tarifs des médicaments génériques sont négociés par le comité économique des produits de santé (CEPS) ; les pharmaciens d'officine peuvent toutefois bénéficier de remises commerciales dans la limite de 17 % du prix fabricant hors taxes, alors que le taux maximal de remise est limité à 2,5 % dans le cas des médicaments princeps. Cette disposition particulière participe de la politique de développement du générique dans notre pays. Toutefois, le prix réel d'achat de ces médicaments par les pharmaciens est mal connu.

Il s'agit de mettre en œuvre un dispositif de transparence sur les remises obtenues par les pharmaciens, pour permettre au CEPS de faire évoluer les tarifs des médicaments génériques sur des bases plus proches des prix réellement pratiqués par les laboratoires. La mesure vise donc à instaurer une déclaration des remises accordées aux pharmaciens pour chacune des spécialités génériques.

La déclaration sera faite auprès du CEPS, qui pourra prononcer une pénalité en cas de non-déclaration ou d'erreur manifeste de cette déclaration. Un contrôle des déclarations pourra également être mené par les URSSAF.

Article 41

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. - L'article L. 162-22-7 est ainsi modifié :

1° Au début de l'article, il est inséré un « I. » ;

2° Il est ajouté un « II. - » ainsi rédigé :

« II. - Lorsque l'agence régionale de santé constate, notamment sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au I, au sein d'un établissement de santé, des prescriptions non conformes aux référentiels et 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, elle peut conclure un avenant annuel au contrat mentionné au I comportant les mesures nécessaires à l'amélioration et à une plus grande efficacité des pratiques de prescription de cet établissement pour les produits concernés.

« En cas de refus de l'établissement de signer l'avenant mentionné au précédent alinéa ou en cas de non respect manifeste de ces dispositions, l'agence régionale de santé peut, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations et en tenant compte des manquements constatés, prononcer la réduction du remboursement de 10 % de la part prise en charge par l'assurance maladie pour une durée d'un an. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant du I, dans la limite maximale de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.

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

II. - L'article L. 162-22-7-2 est abrogé. Ses dispositions continuent de s'appliquer aux plans d'actions conclus avant la date de publication de la présente loi jusqu'à leur échéance.

Exposé des motifs

Les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) financés en sus des prestations d'hospitalisation représentent des montants de dépenses élevés avec une croissance importante.

La régulation de leur utilisation dans les établissements de santé est effectuée par les agences régionales de santé. Pour assurer ce pilotage, elles disposent de deux dispositifs distincts : le contrat de bon usage (CBU), outil de régulation qualitative des prescriptions, et un dispositif de régulation quantitative, économique, reposant sur un taux national annuel des dépenses au-delà duquel les prescriptions de l'établissement concerné sont contrôlées.

Il est nécessaire de simplifier cette procédure de gestion pour en optimiser l'efficacité administrative et économique.

La gestion des produits de la liste en sus par les ARS sera ainsi simplifiée au travers d'un outil contractuel unique, qualitatif et quantitatif.

Les ARS disposeront ainsi d'une plus grande souplesse d'appréciation des situations propres à chaque établissement ce qui devrait permettre de développer le nombre d'établissements concernés et de diminuer les dépenses de ces établissements au titre de la liste en sus.

Article 42

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. - Après l'article L. 162-1-7-2, il est rétabli un article L. 162-1-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-8.* - En l'absence de hiérarchisation par la commission prévue au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, d'un acte innovant ne relevant pas de l'article L. 162-1-7-1 et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis à l'article L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation de cet acte.

« Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa, la décision d'inscription de cet acte est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai maximal de trente jours à compter de l'expiration du délai mentionné à l'alinéa précédent.

« En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le délai mentionné au deuxième alinéa, l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.

« Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret. »

II. - L'article L. 162-1-7-1 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« En l'absence de décision d'inscription des actes innovants dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique dans un délai maximal qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en précise les motifs aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret. »

Exposé des motifs

Le Gouvernement s'est engagé, dans le cadre des travaux du conseil stratégique des industries de santé (CSIS) et du comité stratégique de filière (CSF), à accélérer la mise à disposition des produits de santé et des actes innovants dûment évalués, en particulier dans le secteur des dispositifs médicaux (DM), pour mieux répondre aux besoins sanitaires.

Une des priorités identifiées dans ce cadre porte sur les circuits d'inscription et de tarification des actes innovants associés à ces dispositifs médicaux : les délais d'inscription et de tarification de ces actes peuvent atteindre plusieurs années, retardant ainsi l'accès des patients à l'innovation.

Cet article vise à assurer une inscription plus rapide à la nomenclature pour les nouveaux actes innovants associés aux produits de santé (par exemple actes associés à des dispositifs médicaux ou tests compagnons). L'enjeu est que la procédure ait abouti dans les six mois suivant l'avis rendu par la Haute Autorité de santé.

Il permet à l'UNCAM de procéder à la hiérarchisation de l'acte, si la procédure de droit commun n'a pas abouti dans un délai de cinq mois.

Article 43

A l'article L. 162-1-1 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un cinquième alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'aide au sevrage tabagique visant à apporter des conseils et un soutien pour favoriser l'arrêt du tabac à l'attention des personnes bénéficiaires de la prescription d'un traitement de substitution nicotinique. »

Exposé des motifs

La lutte contre le tabagisme constitue un axe majeur de la politique du Gouvernement en matière de lutte contre les conduites addictives. Deux publics prioritaires ont été identifiés, compte tenu de la recrudescence du tabagisme en leur sein : les jeunes et les femmes.

Afin de favoriser l'arrêt du tabac chez les jeunes adultes de vingt à vingt-cinq ans, le montant de la prise en charge des substituts nicotiques sera triplé et un accompagnement spécifique sera développé. Le présent article prévoit la possibilité pour les caisses nationales d'assurance maladie de promouvoir des programmes d'aide au sevrage tabagique.

Article 44

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La section 1 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-4-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-4-5.* - Le médecin qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3, qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, et le biologiste médical qui effectue ces examens, sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie » ;

2° Dans la section 2 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-8, il est créé un article L. 162-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-8-1.* - La sage-femme qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 est tenue de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. »

Exposé des motifs

Afin de faciliter le recours à la contraception, il est proposé d'instaurer le tiers-payant, sur la part prise en charge par l'assurance maladie, pour les consultations et examens biologiques nécessaires à la contraception, pour les mineures de plus de quinze ans.

Les jeunes filles n'auront donc plus que le ticket modérateur à avancer.

Cette mesure vient donc compléter les avancées issues de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 en faveur de l'accès à la contraception.

Cette mesure sera approfondie, dans le cadre de la démarche générale de promotion du tiers payant inscrite dans la stratégie nationale de santé, pour la part prise en charge par les organismes complémentaires.

Article 45

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

A. - Le titre VI est ainsi modifié :

1° L'article L. 861-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les étudiants bénéficiaires de certaines prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation, déterminées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la sécurité sociale, peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. » ;

2° Le chapitre III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa de l'article L. 863-1, après les mots : « les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels », sont insérés les mots : « sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 863-6, respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et » ;

b) L'article L. 863-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 863-6.* - Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est réservé aux contrats d'assurance complémentaire de santé individuels respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure vise à sélectionner des contrats offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues à l'article L. 871-1. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'Etat 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 contrats, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie.

« La liste des contrats ainsi sélectionnés est rendue publique et est communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé. » ;

c) L'article L. 863-7 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art L. 863-7.* - A l'expiration de son droit au bénéfice de la déduction prévue à l'article L. 863-2, toute personne ayant bénéficié d'un contrat mentionné à l'article L. 863-6 reçoit de l'organisme auprès duquel elle avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure mentionnée à l'article L. 863-6. Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé avant la déduction opérée au titre de l'article L. 863-2 ».

B. - L'article L. 871-1 est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « visée à l'article L. 161-32-2 » sont remplacés par les mots : « mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique » ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

« Elles fixent les conditions, qui peuvent comprendre un niveau minimal de prise en charge et un plafond tarifaire, dans lesquelles les dépassements d'honoraires perçus lors de consultations ou d'autres actes des médecins ainsi que les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement peuvent être pris en charge. »

II. - Les dispositions des articles L. 863-1, L. 863-6 et L. 863-7, dans leur rédaction issue du 2° du A du I, s'appliquent aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2015.

Les dispositions du B du I entrent en vigueur, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, au plus tard le 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Le Président de la République, dans son discours au congrès de la Mutualité en octobre 2012, a formulé l'objectif de « généraliser, à l'horizon 2017, l'accès à une couverture complémentaire de qualité ». En effet, on estime qu'il y avait en 2012, 2,5 millions de personnes sans couverture complémentaire santé, dont au moins la moitié y avait renoncé pour des raisons financières. Par ailleurs, trop souvent, les titulaires d'une complémentaire santé disposent de garanties onéreuses ou peu adaptées à leurs besoins. C'est le cas en particulier des bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), dispositif qui, de ce fait, ne remplit qu'imparfaitement sa fonction.

Une première étape de cette généralisation a été franchie avec la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi, qui transpose l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 : à l'horizon 2016, par le biais de la négociation collective, l'ensemble des salariés seront couverts par une complémentaire santé. L'accès à la couverture complémentaire a également été renforcé avec le relèvement du plafond de revenus ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et à l'ACS, le 1^{er} juillet 2013.

Le présent article représente une nouvelle étape vers l'objectif fixé par le Président de la République.

Ainsi, afin de favoriser le recours à la complémentaire santé pour les personnes les plus fragiles, l'article modifie certaines conditions d'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé. Pour cette dernière, l'article vise à renforcer l'attractivité du dispositif en améliorant le rapport qualité-prix des contrats souscrits au moyen d'une mise en concurrence des organismes complémentaires, comme l'a recommandé le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). En complément, l'accès des étudiants précaires et isolés à la CMUc est simplifié.

Enfin, l'article fait évoluer, pour tous les contrats de couverture complémentaire de santé, les règles relatives aux contrats « solidaires et responsables », qui ouvrent droit aux avantages fiscaux et sociaux. Un décret viendra préciser les règles applicables pour assurer un niveau de couverture minimale des soins, notamment pour certains postes générant un reste à charge important, et pour éviter de solvabiliser des pratiques tarifaires excessives qui contribuent à la dérive des prix de certains soins.

Article 46

I. - L'article L. 613-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « de l'article L. 621-70 » sont remplacés par les mots : « des dispositions du livre VI du code de commerce » ;

b) Avant les mots : « la commission de recours amiable », sont insérés les mots : « la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou » ;

c) Les mots : « la commission de recours amiable de la caisse mutuelle régionale » sont remplacés par les mots : « la commission de recours amiable de la caisse du régime social des indépendants » ;

d) Après les mots : « de la prise de décision », les mots : « de la caisse mutuelle régionale » sont remplacés par les mots : « desdites commissions » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « Par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, » sont supprimés.

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

1° L'article L. 732-15, dans sa rédaction antérieure à celle résultant du 8° du I de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour bénéficier du règlement des indemnités journalières prévues à l'article L. 732-4, l'assuré doit être à jour de la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1.

« Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application des dispositions de la sixième partie du code de commerce ou lorsque la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la caisse de mutualité sociale agricole accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux indemnités journalières à compter du prononcé du jugement ou de la décision de la commission ou de la caisse, sous réserve que l'échéancier de paiement concernant la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1 soit respecté.

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

2° L'article L. 732-4, dans sa rédaction résultant de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, est ainsi modifié :

a) Après le cinquième alinéa, il est inséré l'alinéa suivant :

« En cas d'interruption de travail, l'assuré envoie au service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole, dans un délai déterminé par décret, un avis d'arrêt de travail qui comporte la signature du médecin. En cas de non respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction dans des conditions fixées par décret. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée. » ;

b) Au sixième alinéa, devenu le septième, avant les mots : « L. 323-6 » sont insérés les mots : « L. 323-5, » ;

3° L'article L. 752-24 est ainsi modifié :

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

« Tout accident du travail et toute maladie professionnelle dont est victime le chef d'exploitation ou les autres personnes mentionnées à l'article L. 752-1 est déclaré à la caisse de mutualité sociale agricole dans un délai et des conditions fixées par décret. En cas de non respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée. Il appartient à la caisse de mutualité sociale agricole saisie d'une déclaration d'accident d'apporter la preuve de son caractère non professionnel. » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « l'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et après les mots : « contrôle médical », les mots : « de la mutualité sociale agricole » sont supprimés ;

4° Après l'article L. 732-8, il est inséré un article L. 732-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-8-1* - Si la caisse de mutualité sociale agricole n'en a pas pris l'initiative, l'assuré peut déposer lui-même une demande de pension d'invalidité qui, pour être recevable, doit être présentée dans un délai déterminé par décret. » ;

5° A l'article L. 762-13-1, dans sa rédaction résultant de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, les mots : « Pour l'application de l'article L. 731-13 » sont remplacés par les mots : « Pour l'application des articles L. 731-13, L. 731-35-1 et L. 732-15 » ;

6° La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifiée :

a) Au *b* du 1° du I de l'article 37, les mots : « ainsi que celle des groupements mentionnés aux articles et L. 752-14 » sont supprimés ;

b) Le 8° du I de l'article 71 est abrogé.

Exposé des motifs

Le présent article vise à sécuriser les conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces des travailleurs non-salariés.

S'agissant de droits contributifs, l'assuré doit être à jour de ses cotisations pour bénéficier d'indemnités journalières en cas de cessation d'activité pour cause de maladie. Pour les assurés faisant l'objet d'un jugement de redressement judiciaire ou d'un étalement du paiement des cotisations décidé par la commission de recours amiable de la caisse (CRA), le droit aux indemnités journalières est rétabli s'ils respectent l'échéancier de paiement qui leur a été prescrit. Or, des délais de paiement peuvent être également accordés par la commission des chefs de services financiers (CCSF). Il convient donc d'ajouter les décisions de ces commissions, à l'instar de celles des CRA, au titre de celles permettant le cas échéant d'être rétabli dans ses droits. Par ailleurs, l'article procède à une clarification rédactionnelle du dispositif de maintien des droits aux prestations au bénéfice des assurés en liquidation judiciaire.

En outre, l'article vient encadrer le dispositif d'indemnisation des travailleurs non-salariés agricoles en cas de maladie ou d'accident de la vie privée, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. A ce titre, il permet en particulier de mieux coordonner le dispositif permettant le versement d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident de la vie privée pour les non-salariés agricoles avec celui permettant le versement d'une pension d'invalidité dans le même régime. Il procède par ailleurs à des ajustements du dispositif apparus nécessaires lors des travaux techniques et juridiques menés pour la mise en œuvre pratique de ce dispositif.

Article 47

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

1° Au *a bis* des 1° et 2° du I, au dernier alinéa du III et aux *a bis* et *b bis* du V de l'article L. 14-10-5, les mots : « les années 2012 et 2013 » sont remplacés par les mots : « les années 2012, 2013 et 2014 » ;

2° L'article L. 14-10-9 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa du *a*, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ces crédits viennent abonder le budget de chaque agence régionale de santé, à hauteur d'une contribution arrêtée par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine également les conditions d'utilisation et d'affectation de ces crédits, ainsi que celles dans lesquelles les agences régionales de santé rendent compte de son exécution. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « visés par le présent article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au précédent alinéa. »

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a prévu la mise en œuvre pour 2013 d'un plan d'aide à l'investissement (PAI) dans le secteur médico-social, dont le financement était assuré par l'affectation de 2 % des recettes de contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) prélevés sur la section I du budget de la CNSA. Le présent article reconduit cette disposition pour 2014.

Il prévoit par ailleurs que la CNSA déconcentre la gestion de ces crédits auprès des ARS afin d'accroître la fluidité et la lisibilité du financement des opérations d'investissement mais également d'accroître l'efficacité de la CNSA conformément aux objectifs inclus dans sa convention d'objectifs et de gestion.

Article 48

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 est fixé à 263,34 millions d'euros pour l'année 2014.

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 138 millions d'euros pour 2014.

III. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 22,2 millions d'euros pour l'année 2014.

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 91,37 millions d'euros pour l'année 2014.

V. - 1° Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2014, à 162 millions d'euros, selon une répartition entre les régimes fixée arrêtée par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture ;

2° L'article L. 1432-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) Le 2° est complété par les mots suivants : « dont le montant et la répartition entre les régimes sont fixés chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées » sont remplacés par les mots : « la contribution prévue au 3° est déterminée. » ;

3° Le 2° du présent V s'applique à compter de l'exercice 2015.

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 2014, il est proposé que cette dotation s'élève à 263,34 M€.

II. - Il est proposé de fixer à 138 M€ la dotation pour 2014 de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

En effet, les dépenses de l'ONIAM à la charge de l'assurance maladie sont estimées à 150 M€. Compte tenu des autres produits de l'office prévus pour 2014 (12 M€), une dotation de l'assurance maladie de 138 M€ est proposée. Ainsi le résultat cumulé fin 2014 s'établira à un niveau identique à celui de 2013, soit environ 13 M€, ce qui assure à l'Office une réserve prudentielle minimale.

III. - La participation des régimes d'assurance maladie au financement des médicaments et produits de santé et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves est fixées tous les ans par la loi de financement de la sécurité sociale. Il est proposé qu'elle soit fixée à 22,2 M€ pour 2014.

IV. - L'article L. 1432-6 du code de la santé publique dispose que les contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au budget des ARS pour des actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées s sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a fixé à 83,65 M€ le montant de cette contribution pour l'exercice en cours. Ce montant est fixé au titre de l'année 2014 à 91,37 M€.

V. - Les agences régionales de santé bénéficient tous les ans d'une participation des régimes d'assurance à leur budget de gestion. Pour l'année 2014, il est proposé de fixer cette dotation à 162 M€.

Par ailleurs, dans un objectif de simplification, il est proposé que cette dotation soit fixée par arrêté à partir de l'exercice 2015.

Article 49

Pour l'année 2014, 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 194,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 169,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses des branches maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale est fixé à 194,1 Md€ pour l'année 2014. Il sera supérieur de 4,6 Md€ aux prévisions de dépenses pour 2013, ce qui correspond à une progression de 2,4 %. Pour le régime général, l'augmentation de l'ensemble des dépenses représentera 4,7 Md€, soit 2,8 %.

Ce taux d'évolution résulte d'un ONDAM en augmentation de 2,4 % pour 2014, qui permettra de préserver le niveau des prises en charge et d'investir en faveur de la santé des Français dans le cadre d'une évolution des dépenses maîtrisée.

Article 50

Pour l'année 2014, 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	81,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge	1,7
Total	179,2

Exposé des motifs

Le taux d'évolution de l'ONDAM, par rapport au montant prévisionnel des dépenses pour l'année 2013, est fixé à + 2,4 %. Ce taux est inférieur de 0,2 point aux engagements pris dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques 2012-2017.

A périmètre inchangé, cela représente 4,2 milliards d'euros supplémentaires consacrés au financement des dépenses de santé des Français. Cela implique cependant un effort d'économie de 2,4 milliards d'euros par rapport à l'évolution spontanée des dépenses d'assurance maladie qui auraient évolué sinon de 3,8 % en 2014.

Afin de clarifier les modalités de pilotage des dépenses d'assurance maladie, les dépenses relatives au fonds d'intervention régional (FIR) seront pour la première fois identifiées au sein d'un nouveau sous-objectif de l'ONDAM. Le FIR constitue une enveloppe déléguée aux agences régionales de santé pour la mise en œuvre de leurs politiques en matière de prévention, d'accompagnement des établissements de santé ou encore de permanence des soins. Ce fonds était jusqu'à présent constitué de dépenses retracées dans les différents sous-objectifs de l'ONDAM. L'identification des dépenses relatives au FIR au sein de l'ONDAM permettra d'améliorer la lisibilité des dépenses de l'assurance maladie.

Du fait de ce changement de périmètre, les sous-objectifs retenus en 2014 ne sont pas directement comparables à ceux de 2013. A périmètre constant, le sous-objectif soins de ville augmentera de 2,4 % et les sous-objectifs portant sur les établissements de santé progresseront au global de 2,3 %.

Le sous-objectif relatif au FIR évoluera comme l'ONDAM, à 2,4 %, ce qui permettra aux agences régionales de santé de disposer des moyens nécessaires au pilotage de leurs actions en région. Le taux d'évolution de l'ONDAM médico-social sera fixé à 3 % en 2014 (soit 0,6 point au-dessus de l'ONDAM), ce qui traduit le maintien de la priorité donnée à ce secteur au sein des dépenses de santé. Le secteur contribuera toutefois à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie par une évolution de l'ONDAM médico-social calculée au plus près des engagements. Les réserves de la CNSA permettront en outre d'abonder les moyens dévolus au secteur à hauteur de 70 millions d'euros, ce qui équivaut à 0,4 point d'ONDAM médico-social.

L'annexe 7 au présent projet de loi de financement présente de façon détaillée les conditions de la construction de l'ONDAM pour 2014, notamment les modifications de périmètre et l'inclusion du FIR.

Section 2
Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 51

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 221,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 117,2 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses 2014 de la branche vieillesse de l'ensemble des régimes obligatoires de base augmente de 2,2 % par rapport à l'objectif 2013, pour s'établir en prévision à 221,0 Md€.

Cette évolution modérée, en dépit de l'arrivée à la retraite des générations nombreuses du « baby-boom », est due à la mise en œuvre, dès 2014, des mesures de redressement prévues dans le cadre du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, principalement le report au 1er octobre de l'indexation des pensions de retraite, à l'exception de celles des pensionnés les plus modestes.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles**Article 52**

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 435 millions d'euros pour l'année 2014.

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 821 millions d'euros pour l'année 2014.

III. - Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2014, à 790 millions d'euros.

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.

Le total des dépenses du FIVA pour 2014 est évalué à 480 M€. Compte tenu des autres produits du fonds (estimés à hauteur de 105 M€), une dotation de la branche AT-MP de 435 M€ est proposée. Ainsi, le résultat cumulé fin 2014 s'établira à 60 M€, ce qui permettra d'assurer un fonds de roulement prudentiel garantissant le versement des indemnisations.

Il est proposé de fixer à 821 M€ la dotation de la branche au FCAATA, ce qui permettra à celui-ci de terminer l'année 2014 en excédent.

Un versement de la branche AT-MP à la branche maladie vise à compenser les effets de la sous-déclaration. La commission de la sous-déclaration des AT-MP, réunie au cours du second trimestre 2011, avait évalué le montant de la sous-déclaration entre 587 et 1 110 M€, soit un ordre de grandeur légèrement supérieur à celui de 2008 (565 à 1 015 M€). Au regard de cette estimation, la LFSS pour 2012 avait majoré le montant du versement à la branche maladie de 80 M€, le portant à 790 M€. Il est proposé de reconstituer cette somme pour 2014, comme en 2013.

Article 53

Au 8° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « pour les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus en dehors de l'exécution du contrat d'engagement maritime » sont remplacés par les mots : « pour l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles imputables à une faute inexcusable de l'employeur. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. »

Exposé des motifs

Les marins bénéficient d'un régime de sécurité sociale spécifique, organisé par le décret-loi du 17 juin 1938 et commun à tous les navigants professionnels du commerce, de la pêche et de la plaisance, qui couvre notamment les accidents du travail et les maladies professionnelles. Malgré une disposition prévue à l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, dans les faits, les dispositions de ce code relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles ne s'appliquent pas, aujourd'hui, aux marins puisqu'il n'existe pas de marins qui ne soient couverts par un contrat d'engagement maritime, tous étant couverts par les dispositions spécifiques du décret-loi du 17 juin 1938.

Le Conseil constitutionnel a formulé dans la décision n° 2011-127 QPC du 6 mai 2011 une réserve d'interprétation précisant que ces dispositions ne devaient pas faire obstacle à ce que ces marins puissent demander l'indemnisation complémentaire prévue par le code de la sécurité sociale en cas de faute inexcusable de l'employeur. C'est pourquoi le présent article rend applicables aux marins les dispositions relatives à la faute inexcusable de l'employeur prévues au livre IV du code de la sécurité sociale (majoration du capital ou de la rente servis par le régime à la victime, indemnisation complémentaire) afin qu'elles complètent les dispositions générales relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles du décret-loi du 17 juin 1938.

Article 54

Pour l'année 2014, 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 13,3 milliards d'euros ;

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

Exposé des motifs

Les dépenses prévisionnelles de la branche accidents du travail-maladies professionnelles s'établissent respectivement à 13,3 Md€ et à 12,0 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et pour le régime général. Ces objectifs sont en très légère augmentation par rapport à l'exercice 2013.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille**Article 55**

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

1° Au chapitre II du titre II du livre V, il est rétabli un article L. 522-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 522-3.* - Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 522-2. Ce plafond est majoré lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou lorsque la charge des enfants est assumée par une seule personne. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

« Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret. » ;

2° La section III du chapitre V du titre V du livre VII est complétée par un article L. 755-16-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 755-16-1.* - Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 755-16. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

« Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret. »

II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} avril 2014.

Exposé des motifs

Cette mesure est la mise en œuvre de l'engagement du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, qui vise à soutenir les familles nombreuses les plus fragiles en leur accordant un montant de complément familial majoré de 50 % sur cinq ans.

Elle représentera, en 2014, une majoration de 17 € du montant mensuel de complément familial en métropole et de 10 € dans les DOM (hors revalorisation de la BMAF).

Elle bénéficiera aux 50 % les plus modestes des allocataires actuels du complément familial, soit environ 400 000 familles.

Article 56

I. - L'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond » sont supprimés ;

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

« L'allocation de base est versée à taux partiel aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le plafond défini à l'article L. 531-2. Elle est versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un plafond défini par décret qui varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et qui est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Ce plafond est revalorisé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. » ;

3° Au deuxième alinéa, le mot : « précédent » est remplacé par le mot : « premier » ;

4° Le troisième alinéa est supprimé.

II. - Au troisième alinéa de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « le rang et » sont supprimés.

III. - Par dérogation à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, les montants de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption mentionnés à l'article L. 531-2 ainsi que le montant de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionné à l'article L. 531-3 du même code dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi, sont, à compter du 1^{er} avril 2014, et jusqu'à ce que le montant du complément familial mentionné à l'article L. 522-1 du même code soit supérieur ou égal au montant de l'allocation de base, maintenus à leur niveau en vigueur au 1^{er} avril 2013.

IV. - Les dispositions prévues au I et II du présent article sont applicables à compter du 1^{er} avril 2014 pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2014 et à compter du 1^{er} avril 2017 pour l'ensemble des autres enfants. Pour les personnes qui bénéficient de l'allocation de base mentionnée à l'article L. 531-3 et du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 au titre d'un ou de plusieurs enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} avril 2014, les plafonds de ressources en vigueur au 31 mars 2014 demeurent applicables, sous réserve de leur actualisation annuelle conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. Lorsque ces personnes ont, à compter du 1^{er} avril 2014, du fait d'une naissance ou d'une adoption, un nouvel enfant à charge, il est fait application du I et du II pour l'examen des droits au titre de l'ensemble des enfants à charge.

Exposé des motifs

Dans le cadre de la rénovation de la politique familiale, le Premier ministre a annoncé le 3 juin 2013, le recentrage de certaines prestations au bénéfice des familles en ayant le plus besoin, parmi lesquelles l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).

La mesure consiste à moduler le montant de l'allocation de base selon le niveau de ressources des familles. Le montant de l'allocation de base sera divisé par deux pour les familles éligibles à l'allocation de base mais ayant des ressources dépassant un certain seuil. Cette modulation du montant de l'allocation de base s'appliquera aux enfants nés à partir du 1^{er} avril 2014.

En outre, il est proposé d'aligner de façon progressive le montant de l'allocation de base (identique en métropole et dans les DOM) sur celui du complément familial en vigueur en métropole. En effet, le montant de l'allocation de base est supérieur à celui du complément familial, alors que cette prestation est moins ciblée sur les ménages les plus modestes.

Article 57

I. - L'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa du 2° du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le complément à taux partiel est attribué au travailleur non salarié, en fonction de la quotité d'activité déclarée sur l'honneur dès lors que cette activité ne lui procure pas une rémunération mensuelle nette ou un revenu professionnel excédant des montants définis par décret. Le complément à taux partiel peut également être attribué lorsque la rémunération ou le revenu perçus sont supérieurs à ces montants, dès lors qu'ils sont proportionnels à la réduction de l'activité déclarée. » ;

2° Au deuxième alinéa du 2° du I, les mots : « personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural et de la pêche maritime ainsi qu'aux » sont supprimés ;

3° Le VII est abrogé.

II. - Les dispositions du 1° du I entrent en vigueur le 1^{er} avril 2014 et les dispositions du 3° du I sont applicables aux enfants nés ou adoptés à compter de cette même date.

Exposé des motifs

Le complément de libre choix d'activité (CLCA) peut être attribué à taux partiel aux parents d'un enfant de moins de trois ans qui exercent une activité à temps partiel. Or le code de la sécurité sociale, dans sa partie réglementaire, conditionnait le bénéfice de cette prestation pour les non-salariés à un plafond de ressources. Cette règle, non inscrite dans la loi, a été jugée illégale par le Conseil d'Etat.

Afin d'éviter la multiplication des contentieux visant cet article, il est nécessaire de prévoir de nouvelles modalités d'appréciation du travail à temps partiel des non-salariés.

Ainsi, il est proposé d'inscrire au niveau législatif le principe selon lequel le droit au CLCA des travailleurs non-salariés est ouvert à la condition que l'activité à temps partiel ne procure pas une rémunération supérieure à un montant défini par décret. Afin de ne pas fermer cette prestation aux parents qui, bien qu'exerçant leur activité à temps partiel, ont des revenus professionnels élevés, il est également proposé que le CLCA puisse être versé lorsque la rémunération ou le revenu perçus sont supérieurs à ces montants définis par décret, dès lors que le niveau des revenus est proportionné à la réduction de l'activité déclarée.

Par ailleurs, aujourd'hui le montant du complément de libre choix d'activité varie selon que la famille est bénéficiaire, ou non, de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant. Ainsi, les bénéficiaires du CLCA qui ne perçoivent pas l'allocation de base, du fait de ressources trop élevées, bénéficient d'un montant de CLCA majoré de l'équivalent de cette allocation de base. Le CLCA majoré est donc favorable aux parents dont les revenus sont supérieurs au plafond de ressources de l'allocation de base, soit les déciles de revenus les plus élevés (16 % des familles).

Conformément aux annonces du Premier ministre le 3 juin 2013 sur la rénovation de la politique familiale, qui vise notamment à recentrer certaines prestations sur les familles en ayant le plus besoin, il est proposé d'uniformiser le montant du CLCA afin que son montant soit le même pour tous les allocataires, quel que soit le niveau de leurs ressources.

Article 58

I. - L'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Au cinquième alinéa du I, les mots : « dispose d'un minimum de revenus tirés d' » sont remplacés par le mot : « exerce » ;

b) La deuxième et la troisième phrase du même alinéa sont supprimées.

II. - Au dernier alinéa de l'article L. 531-6 du même code, après les mots : « dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret », sont insérés les mots : « , sous réserve que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas un montant horaire maximum fixé par décret. »

Exposé des motifs

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est versé aux parents d'un ou de plusieurs enfants de moins de six ans qui emploient une assistante maternelle agréée ou une garde à domicile (CMG « direct ») ou qui font garder leur enfant par le biais d'une entreprise mandataire ou au sein d'une micro-crèche (CMG « structure »).

Actuellement, pour en bénéficier, les parents doivent disposer d'un minimum de revenus tirés d'une activité professionnelle. Dans un objectif de simplification, et afin notamment de soutenir le retour à l'emploi des parents, même pour une activité réduite, la mesure consiste en premier lieu à supprimer la condition de revenu minimum tiré d'une activité professionnelle pour ne conserver que la seule condition de l'exercice d'une activité professionnelle.

En second lieu, le complément de mode de garde « structure » est versé aux familles qui recourent à une association ou à une entreprise qui emploie une garde à domicile ou une assistante maternelle, et aux familles qui recourent aux services d'une micro-crèche au moins seize heures par mois. Dans ces structures, les tarifs sont libres.

Pourtant, plusieurs rapports ont fait valoir que les micro-crèches pouvaient pratiquer des tarifs abusifs ayant notamment pour conséquence la sélection des publics accueillis. La mesure consiste donc à subordonner au respect par la micro-crèche d'un plafond tarifaire le versement du CMG, ce qui conduira de fait à une limitation des tarifs qu'elle facture aux familles.

Article 59

Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 542-5 et au dernier alinéa de l'article L. 755-21 du code de la sécurité sociale, les paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale ne sont pas révisés pour l'année 2014.

Exposé des motifs

Dans un contexte de faible inflation (1,3 % dans le projet de loi de finances pour 2014, contre 1,75 % en PLF 2013), le présent article vise à maintenir en 2014 à leur niveau de 2013 les paramètres représentatifs de la dépense de logement dans les barèmes de l'allocation de logement familiale (ALF).

Article 60

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 59,2 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses 2014 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base est en augmentation de 2,1 % par rapport à l'objectif 2013 et s'établit en prévision à 59,2 Md€. Pour la première fois et grâce aux dispositions de l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale tient compte de l'intégration complète de l'ensemble des dépenses de prestations familiales servies en France au sein des comptes de la Caisse nationale des allocations familiales.

L'objectif fixé intègre les effets de la rénovation de la politique familiale qui vise à renforcer le soutien apporté aux familles les plus vulnérables par l'augmentation de prestations ciblées et à permettre le redressement financier de la branche famille par une mise à contribution des familles les plus aisées, notamment via la réaffectation des gains liés à la réforme des modalités de calcul du quotient familial.

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires**Article 61**

Pour l'année 2014, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour le régime social des indépendants.

Exposé des motifs

L'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) prend en charge chaque année une partie fixée par la loi de financement de la sécurité sociale des dépenses de minimum contributif servi par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime social des indépendants (RSI).

Au titre des exercices 2012 et 2013, le régime général a ainsi bénéficié de 3,4 Md€ de transfert, le régime des salariés agricoles de 0,4 Md€ et le RSI de 0,1 Md€, ces montants correspondant, d'après les données statistiques disponibles, à un peu plus de la moitié de la dépense totale des régimes au titre du minimum contributif. Pour l'année 2014, il est proposé de maintenir inchangé le niveau de ces transferts.

Article 62

Pour l'année 2014, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	20,4

Exposé des motifs

La prévision de charges du Fonds de solidarité vieillesse en 2013, d'un montant de 20,4 Md€, est en progression de 0,7 Md€ par rapport à la prévision pour 2013 (19,7 Md€).

Cette progression relativement limitée tient notamment à la stabilité du montant de la prise en charge par le Fonds d'une partie des charges du régime général et des régimes alignés au titre du minimum contributif ainsi qu'à une dynamique structurellement plus faible des versements au titre du minimum vieillesse, en raison d'une baisse tendancielle des effectifs due à l'amélioration du niveau des pensions contributives.

L'évolution des dépenses tient également compte, à l'inverse, de la hausse des prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage (+ 6,2 % en 2014) qui découle de la progression du nombre de chômeurs pris en compte.

Section 6

Dispositions relatives à la gestion des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude**Article 63**

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

1° Après le 8° de l'article L. 221-1, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 767-1, la première phrase est complétée par les mots : « sous réserve des dispositions prévues au 9° de l'article L. 221-1 ».

II. - Le I entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2015. Le recouvrement des créances et le règlement des dettes prévus au I exigibles avant la date mentionnée au premier alinéa sont assurés à compter de cette date par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1.

Exposé des motifs

Les règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale et certains accords avec d'autres Etats que ceux membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et la Suisse ou avec des collectivités d'outre-mer ont institué des mécanismes permettant la prise en charge des soins de santé par l'Etat de séjour temporaire ou de résidence d'une personne comme s'il s'agissait de son propre assuré, alors même que l'intéressé est affilié en assurance maladie dans un autre Etat.

Ces prises en charge de soins génèrent des créances et des dettes réciproques entre Etats, dont les montants s'accroissent d'année en année. Ainsi, au titre de 2012, les créances présentées par la France aux institutions étrangères se sont élevées à 1,5 milliard d'euros tandis que les dettes s'élevaient à 688 millions d'euros.

Le règlement des créances et des dettes internationales est assuré depuis 1958 par le Centre des liaisons européennes et internationales (CLEISS).

Différents rapports de la Cour des comptes ainsi qu'un rapport de l'IGAS et de l'IGF de 2012 ont mis en évidence l'inadaptation des modalités de gestion de ces créances aux enjeux actuels. Il apparaît nécessaire, pour améliorer la performance du traitement des créances internationales d'assurance maladie, d'intégrer au sein d'un seul et même circuit le traitement de l'ensemble des flux financiers liés aux soins de santé donnés à l'étranger, déjà assumé partiellement par la CNAMTS.

S'appuyant sur l'analyse et les préconisations des rapports, la mesure propose de transférer la gestion de ces créances et dettes internationales d'assurance maladie du CLEISS à la CNAMTS.

Article 64

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

1° L'article L. 722-14 est abrogé ;

2° L'article L. 723-43 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les organismes visés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés » sont remplacés par les mots : « La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole est autorisée » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « et les organismes mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés » sont remplacés par les mots : « sont autorisées » et les mots : « qu'ils détiennent » sont remplacés par les mots : « qu'elles détiennent » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 725-1, les mots : « et les organismes visés à l'article L. 731-30 et » sont supprimés ;

4° L'article L. 725-4 est abrogé ;

5° Au quatrième alinéa de l'article L. 725-7, les mots : « et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 » sont supprimés ;

6° A l'article L. 725-8, les mots : « ou d'un organisme mentionné à l'article L. 731-30 » sont supprimés ;

7° Le sixième alinéa de l'article L. 725-12 est supprimé ;

8° A l'article L. 725-23, les mots : « , les organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30 et le groupement d'assureurs mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;

9° Au premier alinéa de l'article L. 725-25, les mots : « les organismes mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont remplacés par les mots : « les caisses de mutualité sociale agricole » ;

10° L'article L. 726-2 est abrogé ;

11° L'article L. 726-3 est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, les mots : « ainsi que les assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 peuvent » sont remplacés par le mot : « peut » ;

b) Dans la dernière phrase, les mots : « et aux assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont supprimés ;

12° A l'article L. 731-10, les mots : « et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 » sont supprimés ;

13° L'article L. 731-30 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 731-30.* - Les personnes mentionnées à l'article L. 722-10 sont assurées par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;

14° Les articles L. 731-31 à L. 731-34 sont abrogés ;

15° Au troisième alinéa de l'article L. 731-35-1, dans sa rédaction à venir résultant de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les mots : « , du groupement mentionné à l'article L. 731-31 » sont supprimés ;

16° Les articles L. 732-6-1 et L. 732-7, dans leur rédaction à venir résultant de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, sont abrogés ;

17° Le III de l'article L. 752-1 est abrogé ;

18° Au quatrième alinéa de l'article L. 752-4, les mots : « les organismes assureurs » sont remplacés par les mots : « les caisses de mutualité sociale agricole » ;

19° L'article L. 752-12 est ainsi modifié :

a) Les deuxième, troisième et septième alinéas sont supprimés ;

b) Le huitième alinéa est ainsi rédigé :

« - de transmettre au ministre chargé de l'agriculture les informations nécessaires au fonctionnement du régime. » ;

20° L'article L. 752-13 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 752-13.* - Les personnes mentionnées à l'article L. 752-1 sont assurées par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;

21° L'article L. 752-14 est abrogé ;

22° Le second alinéa de l'article L. 752-15 est supprimé ;

23° Au sixième alinéa de l'article L. 752-17, les mots : « , du groupement mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;

24° Au premier alinéa de l'article L. 752-20, les mots : « et le groupement mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;

25° L'article L. 752-23 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'organisme assureur est tenu » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole est tenue » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « l'organisme assureur est admis » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole est admise » ;

c) Aux troisième et quatrième alinéas, les mots : « l'organisme assureur » sont remplacés par les termes : « la caisse de mutualité sociale agricole » ;

26° L'article L. 752-25 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « tenu » est remplacé par le mot : « tenue » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « tenu » est remplacé par le mot : « tenue » ;

d) Au quatrième alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « fondé » est remplacé par le mot : « fondée » ;

e) Au dernier alinéa, les mots : « d'office » sont supprimés ;

27° A l'article L. 752-26, les mots : « L'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole » ;

28° Au deuxième alinéa de l'article L. 752-29, les mots : « , des organismes assureurs » sont supprimés ;

29° A l'article L. 762-15, la référence aux articles L. 731-30 à L. 731-34 est supprimée ;

30° La deuxième phrase de l'article L. 762-25 est supprimée.

II. - Le I du présent article s'applique à compter du 1^{er} janvier 2014.

III. - Par dérogation au II, les prestations allouées en application des articles L. 732-3 et L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime aux assurés ayant opté, en application des articles L. 731-30 et L. 752-13 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi, pour les organismes autres que les caisses de mutualité sociale agricole, continuent d'être versées par ces mêmes organismes jusqu'à une date, qui peut être différente pour chaque catégorie de prestation et fixée par décret entre le 30 juin et le 31 décembre 2014.

A cette même date, les droits et obligations des groupements d'assureurs mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime dans leur rédaction antérieure à la présente loi, sont transférés aux organismes de mutualité sociale agricole, dans des conditions fixées par décret.

A compter de cette même date, la gestion des réserves antérieurement constituées pour le compte des branches instituées aux 2° et 4° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime par les organismes assureurs mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 du même code, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, est assurée par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Le préjudice susceptible de résulter, pour les groupements mentionnés au deuxième alinéa, du transfert de la gestion des régimes aux caisses de mutualité sociale agricole à la date fixée en application du premier alinéa, et notamment du transfert de leurs droits et obligations mentionné au deuxième alinéa, fait l'objet d'une indemnité fixée dans le cadre d'un constat établi suite à une procédure contradictoire, pour un montant et dans des conditions fixées par décret.

IV. - Les contrats de travail des personnels affectés aux activités transférées en application des dispositions des 14° et 21° du I du présent article sont repris par les organismes de mutualité sociale agricole dans les conditions prévues par les articles L. 1224-1 et L. 1224-2 du code du travail.

V. - Un décret fixe les modalités d'application des III et IV.

Exposé des motifs

Contrairement aux autres branches du régime agricole, les prestations des branches maladie (AMEXA) et accidents du travail (ATEXA) des personnes non salariées agricoles peuvent être versées soit par la mutualité sociale agricole, soit par des assureurs privés.

La Cour des comptes avait estimé que cette organisation reposant sur une pluralité de gestionnaires était source d'inefficience en matière de gestion et de complexité pour les assurés sociaux et en avait souligné les inconvénients. Une mission conjointe récente de l'IGAS et l'IGF relative à la gestion de l'assurance maladie, conduite dans le cadre de la modernisation de l'action publique, a confirmé ce constat et préconise de recentrer vers la seule MSA la gestion de ces prestations.

Il est proposé de confier la gestion des branches AMEXA et ATEXA à la seule MSA, ce qui renforcera la place centrale de celle-ci dans la protection sociale agricole et contribuera à renforcer l'efficience de la gestion du service public de la sécurité sociale.

Article 65

L'article L. 8222-6 du code du travail est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 8222-6. - Sans préjudice des dispositions des articles L. 8222-1 à L. 8222-3, toute personne morale de droit public ayant contracté avec une entreprise, informée par écrit par un agent de contrôle de la situation irrégulière de cette entreprise au regard des formalités mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5, l'enjoint aussitôt de faire cesser sans délai cette situation.

« L'entreprise mise ainsi en demeure apporte, dans un délai de deux mois, à la personne publique la preuve qu'elle a mis fin à la situation délictuelle. A défaut, le contrat peut être rompu sans indemnité, aux frais et risques de l'entrepreneur.

« La personne publique informe l'agent auteur du signalement des suites données par l'entreprise à son injonction.

« A défaut de respecter les obligations qui découlent des premier et troisième alinéas, la personne morale de droit public est tenue solidairement avec son cocontractant au paiement des impôts, taxes, cotisations, rémunérations et charges mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 8222-2, dans les conditions fixées à l'article L. 8222-3. »

Exposé des motifs

Les donneurs d'ordre ont un rôle important dans la lutte contre le travail dissimulé chez leurs sous-traitants.

Or, la modification du régime de responsabilité des donneurs d'ordre publics par la loi n° 2011-525 du 11 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit a conduit à une moindre responsabilisation des donneurs d'ordre publics tout en générant un dispositif complexe.

En effet, lorsque des manquements ont été constatés de la part du sous-traitant en matière de travail dissimulé, la règle actuelle conduit à exonérer les donneurs d'ordre publics de la responsabilité solidaire en matière de paiement des cotisations sociales lorsqu'ils prononcent des pénalités à l'encontre de leur cocontractant – pénalités dont ils sont eux-mêmes bénéficiaires.

Les donneurs d'ordre publics se doivent d'être exemplaires en matière de lutte contre le travail dissimulé. Cette mesure réaligne donc pour l'essentiel le régime des donneurs d'ordre publics sur celui des donneurs d'ordre privés, tout en maintenant la possibilité de rompre le contrat sans frais. Cette dernière disposition se justifie par la nature du contrat et son régime de droit public.

En supprimant le mécanisme actuel de pénalités, l'article rend désormais solidairement responsable le donneur d'ordre en cas de poursuite des irrégularités et facilitera donc le recouvrement des cotisations sociales dues en cas de travail dissimulé.

Article 66

I. - L'article L. 751-37 du code rural et de la pêche maritime est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Il en est de même lorsque la victime se trouvait en situation de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail.

« Dans les cas mentionnés au présent article ainsi qu'à l'article L. 751-36, la caisse de mutualité sociale agricole peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale. »

II. - L'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, au sixième alinéa du II et au premier alinéa du IV et du V, les mots : « ou de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

2° Au premier alinéa du VI, les mots : « ou plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

3° Au deuxième alinéa du VI, les mots : « ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou à l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

4° Au deuxième alinéa du VII, les mots : « ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , des caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles ».

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet d'étendre aux organismes chargés du service des prestations sociales agricoles les instruments juridiques dont disposent d'ores et déjà les organismes du régime général en cas de travail dissimulé ou de non-respect par les employeurs de leurs obligations s'agissant de la déclaration d'un accident de travail.

Article 67

I. - Le second alinéa de l'article L. 351-2-1 du code de la construction et de l'habitation est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'aide personnalisée au logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement ou sont titulaires de parts sociales dans une société telle que définie au 1° de l'article 8 du code général des impôts, propriétaire du logement. Un décret fixe le seuil de prise en compte de la part de propriété qui ne peut excéder 1/50^{ème} et celui de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes qui ne peut excéder 50 %. »

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement ou sont titulaires de parts sociales dans une société telle que définie au 1° de l'article 8 du code général des impôts, propriétaire du logement. Un décret fixe le seuil de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes de la part de propriété qui ne peut excéder 1/50^{ème} et celui de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes qui ne peut excéder 50 %. » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 831-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 du présent code est applicable à l'allocation de logement sociale. »

Exposé des motifs

Les aides au logement ne sont pas versées aux personnes locataires d'un logement appartenant à leurs ascendants ou descendants ou à ceux de leur conjoint. En effet, la proximité entre le propriétaire et l'occupant contribue à faire relever la mise à disposition du logement de l'entraide familiale.

Ces dispositions ne permettent pas d'écarter la perception d'aides au logement par des locataires d'une société civile immobilière détenue par la famille du locataire, la société suffisant à faire écran entre le locataire et les propriétaires du logement. Cette insuffisance du droit permet la constitution de montages visant à percevoir les aides au logement.

Le présent article vise à modifier le code de la sécurité sociale et le code de la construction et de l'habitation afin de corriger cette insuffisance, en écartant la perception des aides dès lors que le logement est la propriété directe ou indirecte de l'allocataire ou de sa famille.

Article 68

I. - Le code pénal est ainsi modifié :

1° Après le 4° de l'article 313-2, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Au préjudice d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public pour l'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article 441-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu ».

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

1° L'article L. 114-13 est abrogé ;

2° Le troisième alinéa de l'article L. 162-36 est supprimé ;

3° A l'article L. 382-29, les mots : « L. 114-13 » sont supprimés ;

4° A l'article L. 481-2, les mots : « sans préjudice des pénalités prévues à l'article L. 114-13 et des peines plus élevées résultant d'autres lois pénales s'il y échet » sont remplacés par les mots : « sans préjudice des sanctions pénales encourues » ;

5° A l'article L. 583-3, les mots : « La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17 » sont remplacés par les mots : « sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 » ;

6° A l'article L. 623-1, les mots : « L. 114-13 » sont supprimés ;

7° A l'article L. 821-5, les mots : « L. 114-13 » sont supprimés ;

8° Le deuxième alinéa de l'article L. 831-7 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. »

III. - Le code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 351-12 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent le bénéficiaire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions ou pénalités prévues à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale » ;

2° L'article L. 351-13 est abrogé.

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

1° A l'article L. 751-40, les mots : « L. 114-13 » sont supprimés ;

2° A l'article L. 752-28, les mots : « L. 114-13 » sont supprimés.

V. - Les articles L. 232-27 et L. 262-50 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés.

VI. - Le code du travail est ainsi modifié :

1° L'article L. 5124-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 5124-1.* - Sauf constitution éventuelle du délit d'escroquerie, défini et sanctionné aux articles 313-1, 313-2 5° et 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 est puni des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations est puni de la même peine. » ;

2° L'article L. 5429-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 5429-1.* - Sous réserve de la constitution éventuelle du délit d'escroquerie défini et sanctionné aux articles 313-1, 313-2 5° et 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations d'aide aux travailleurs privés d'emploi définies au présent livre, y compris la prime forfaitaire instituée par l'article L. 5425-3 est puni des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement les allocations et la prime susmentionnée est puni de la même peine » ;

3° A l'article L. 5413-1, les mots : « d'une amende de 3 750 euros » sont remplacés par les mots : « des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal » ;

4° L'article L. 5429-3 est abrogé.

VII. - Au troisième alinéa de l'article 10-1 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité territoriale de Mayotte, la référence à l'article L. 114-13 du code de la sécurité sociale est supprimée.

VIII. - L'article 20-10 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 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 20-10.* - Sans préjudice des sanctions pénales encourues, les articles L. 377-2 à L. 377-5 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations instituées par la présente section. »

IX. - L'article I de la loi du 27 septembre 1941 relative aux déclarations inexactes des créanciers de l'Etat ou des collectivités publiques est abrogé.

X. - L'article 22-II de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est abrogé.

Exposé des motifs

Par décision n° 2013-328 QPC du 28 juin 2013, le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution l'article L.135-1 du code de l'action sociale et des familles, qui précisait les sanctions encourues en cas de perception frauduleuse ou de tentative de perception frauduleuse de l'aide sociale, compte tenu de l'existence d'autres sanctions différentes prévues dans d'autres codes pour la même incrimination. Le Conseil constitutionnel a en effet jugé que « la loi pénale ne saurait, pour une même infraction, instituer des peines de nature différente, sauf à ce que cette différence soit justifiée par une différence de situation en rapport direct avec l'objet de la loi ».

Compte tenu de cette décision, il apparaît nécessaire d'harmoniser les dispositions relatives aux sanctions applicables en matière de fraude sociale. C'est pourquoi il est proposé d'abroger et de modifier certaines dispositions en vigueur relatives aux sanctions en matière de fraude aux prestations sociales qui sont réparties dans six codes différents, deux lois spéciales (1941 et 1968) et deux ordonnances applicables à Mayotte.

Le présent article vise à organiser le dispositif des sanctions prévues en cas de fraudes aux prestations sociales autour de deux articles du code pénal (313-2 et 441-6).

Les sanctions seront ainsi de deux ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende, et sept ans et 75 000 € d'amende en cas d'escroquerie constatée au préjudice d'un organisme de sécurité sociale.

ANNEXE A

**RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE AU 31 DÉCEMBRE 2012
DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT
A LEUR FINANCEMENT, A L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU A LA
MISE EN RÉSERVE DE RECETTES A LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES
MESURES PRÉVUES POUR LA COUVERTURE DES DÉFICITS
CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2012**

I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2012

(en milliards d'euros)

ACTIF	2012	2011	PASSIF	2012	2011
IMMOBILISATIONS	6,8	6,8	CAPITAUX PROPRES	-107,2	-100,6
Immobilisations non financières	4,1	4,0	Dotations	32,8	32,9
			Régime général	0,5	0,5
			Autres régimes	4,0	3,8
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	28,1	28,3
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,8	1,9	Réserves	9,1	11,3
			Régime général	2,5	2,6
			Autres régimes	5,7	6,3
			FRR	0,9	2,4
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie, unions immobilières des organismes de sécurité sociale)	0,9	0,9	Report à nouveau	-145,8	-134,6
			Régime général	4,1	4,9
			Autres régimes	-1,5	-0,1
			CADES	-148,3	-139,4
			Résultat de l'exercice	-5,9	-10,7
			Régime général	-13,3	-17,4
			Autres régimes	-1,7	-1,9
			FSV	-4,1	-3,4
			CADES	11,9	11,7
			FRR	1,3	0,3
			Autres	2,5	0,6
			FRR	2,4	0,5
			Régime général / autres régimes	0,1	0,1
			PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	19,9	17,9
ACTIF FINANCIER	57,7	58,9	PASSIF FINANCIER	173,9	170,1
Valeurs mobilières et titres de placement	46,8	45,1	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	162,3	162,6
Autres régimes	7,3	6,9	Régime général	16,9	5,6
CADES	5,6	5,3	CADES	145,4	156,9
FRR	33,8	32,9			
Encours bancaire	10,4	13,7	Dettes à l'égard d'établissements de crédit	7,4	3,7
Régime général	2,6	1,3	Régime général (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	4,0	1,4
Autres régimes	1,5	1,2	Autres régimes (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	2,3	1,3
FSV	0,8	0,3	CADES	1,0	1,0
CADES	3,0	8,4	Dépôts	2,2	0,2
FRR	2,4	2,3	Régime général	2,2	0,2
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,6	0,1	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,1
CADES	0,2	0,1	FRR	0,0	0,1
FRR	0,3	0,0	Autres	2,1	3,5
			Autres régimes	0,1	0,1
			CADES	2,0	3,4
ACTIF CIRCULANT	64,0	65,4	PASSIF CIRCULANT	42,0	43,7
Créances sur prestations	7,4	7,3	Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	19,8	22,3
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	9,4	7,9	Dettes à l'égard des cotisants	1,3	1,2
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	35,4	35,5			
Créances sur l'Etat et autres entités publiques	8,4	8,9	Dettes et CAP à l'égard de l'Etat et autres entités publiques	8,5	9,7
Produits à recevoir de l'Etat	0,6	0,4			
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régularisation)	2,9	5,5	Autres passifs (crédeurs divers, comptes d'attente et de régularisation), dont soultte des industries électriques et gazières	12,4	10,5
TOTAL DE L'ACTIF	128,5	131,0	TOTAL DU PASSIF	128,5	131,0

Sur le champ de l'ensemble des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, s'élevait à 107,2 Md€ au 31 décembre 2012, soit l'équivalent de 5,3 points de PIB (+0,3 point par rapport à 2011). Ce passif net a augmenté de 6,6 Md€ par rapport à celui constaté au 31 décembre 2011 (100,6 Md€) en raison essentiellement des déficits des régimes et du FSV pour l'année 2012 (soit 19,1 Md€), minorés de l'amortissement de la dette portée par la CADES (11,9 Md€), dont une partie (2,1 Md€) correspond à la mobilisation des réserves du FRR.

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (57,7 Md€, dont environ 63 % par le FRR et 15 % par la CADES dans le cadre de sa stratégie d'endettement à fin 2012), du besoin en fonds de roulement lié aux actifs et passifs circulants (22,0 Md€) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 173,9 Md€ au 31 décembre 2012 (contre 170,1 Md€ au 31 décembre 2011).

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

II. - Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2012

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 13,3 Md€ en 2012. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 5,9 Md€, la branche vieillesse un déficit de 4,8 Md€, la branche famille un déficit de 2,5 Md€ et la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,2 Md€. Par ailleurs, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) a enregistré un déficit de 4,1 Md€.

Dans le cadre fixé par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES dès l'année 2011 des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général, et au cours de l'année 2012 des déficits 2011 de la branche vieillesse du régime général et du FSV. Conformément aux dispositions organiques, la Caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

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 hors branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires, des ministres des cultes et des marins), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (fonction publique de l'Etat), équilibrés par ces derniers, et enfin du régime social des indépendants dont les déficits sont couverts par une affectation à due proportion du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant par de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2012 des résultats déficitaires.

S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'est élevé à 1,0 Md€ (contre 1,2 Md€ en 2011). La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) finance ces déficits par le recours à des emprunts bancaires.

Concernant la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), devenue structurellement déficitaire en 2010, le déficit s'est sensiblement réduit en 2012 (14 M€, après 0,4 Md€ en 2011 et 0,5 Md€ en 2010) compte tenu du prélèvement exceptionnel de 450 M€ sur les réserves du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales et de 240 M€ sur les réserves du Fonds de compensation de la cessation progressive d'activité prévu par la loi de financement pour 2013. Afin de rétablir l'équilibre financier du régime, la loi a également prévu une augmentation des taux de cotisations en 2013 et 2014.

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 39 M€ en 2012, après 186 M€ en 2011, sous l'effet de la poursuite du programme de cessions immobilières engagé par la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines. Il a été couvert dans le cadre d'emprunts à court terme effectués auprès de la Caisse des dépôts et consignations et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

S'agissant de la Caisse nationale des industries électriques et gazières, le déficit s'est élevé à 91 M€ en 2012 (après 46 M€ en 2011). Compte tenu de l'épuisement des réserves antérieurement constituées, une augmentation des ressources du régime est intervenue en 2013 dans le cadre de la loi de financement pour cette même année.

Le déficit du régime vieillesse de base des professions libérales est passé de 74 M€ en 2011 à 103 M€ en 2012 ; en réponse à ce déséquilibre, une hausse des taux de cotisation en 2013, puis 2014, a été prévue.

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 sur la période 2014-2017. À l'issue de cette période, l'objectif du gouvernement est le retour à l'équilibre de l'ensemble des comptes publics et particulièrement de ceux des administrations de sécurité sociale (hors Caisse d'amortissement de la dette sociale et Fonds de réserve des retraites). Cette trajectoire de retour à l'équilibre devrait être atteinte au travers de réformes ambitieuses sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale. Ainsi, la réforme des retraites et celle de la branche famille devraient permettre de préserver le haut niveau de protection de notre système d'assurance sociale en assurant sa viabilité financière à moyen et à long terme. Ces deux réformes d'ampleur s'accompagnent également de l'adoption d'un objectif ambitieux de maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie avec, comme cible, une évolution de l'ONDAM à 2,4 % dès 2014.

Dans un contexte économique en redressement mais encore marqué par les conséquences de la crise économique (I), la stratégie de retour à l'équilibre repose ainsi sur un effort renouvelé de maîtrise des dépenses sociales porté par des réformes d'ampleur sur l'ensemble des branches (II), dans un souci de modération de la pression fiscal-social sur les entreprises et les ménages (III).

I. - Un environnement économique en redressement, mais encore marqué par les conséquences de la crise économique

Les hypothèses macro-économiques retenues dans la construction des projections jointes à la présente annexe retiennent pour 2013 une prévision de croissance de 1,3 % en valeur de la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources de la sécurité sociale. L'année 2014 serait plus favorable, avec une progression de la masse salariale du secteur privé de 2,2 %, qui s'établirait à 3,5 % en 2015 et se stabiliserait à 4,0 % en 2016. Elle retrouverait ainsi le rythme moyen d'évolution constaté entre 1998 et 2007 (+ 4,1 %).

Cette progression de la masse salariale accompagnerait l'augmentation progressive du taux de croissance du PIB en volume qui, après avoir été atone en 2012 et 2013, est remonté à 0,9 % en 2014 et devrait atteindre 1,7 % en 2015.

Hypothèses retenues dans la projection pluriannuelle :

	2013	2014	2015	2016	2017
PIB (volume) :	0,1%	0,9%	1,7%	2,0%	2,0%
masse salariale privée :	1,3%	2,2%	3,5%	4,0%	4,0%
ONDAM	2,8%	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%
inflation :	0,80%	1,30%	1,75%	1,75%	1,75%

(inflation hors tabac)

Par ailleurs, les prévisions économiques sous-jacentes au projet de loi de financement de la sécurité sociale et au projet de loi de finances font désormais l'objet d'un avis du Haut conseil des finances publiques. Ce dernier, instauré en 2012 par la loi organique relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, se prononce en effet sur la sincérité des prévisions macroéconomiques ainsi que sur la cohérence de la programmation envisagée au regard de l'objectif à moyen terme et des engagements européens.

Les réformes ambitieuses menées cette année permettront d'accélérer le redressement des comptes des régimes de sécurité sociale. Ainsi, le déficit du régime général (+FSV) s'établirait à 4,0 Md€ en 2017, en très nette amélioration par rapport aux 17,5 Md€ de déficit constatés en 2012. Le redressement de la branche vieillesse (CNAF et FSV) devrait être particulièrement marqué, avec un déficit qui s'établirait à 1,4 Md€ en 2017 contre 8,9 Md€ en 2012. Les branches maladie et famille devraient également être en très net redressement.

Les mesures ainsi proposées correspondent à un effort structurel, au sens de l'article 1^{er} de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, qui s'élève en 2014 à 0,4 point de PIB pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Du fait du schéma de reprise de dette mis en place en 2010 et adapté par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'ensemble des déficits de la CNAV et du FSV sur la période pourront être transférés à la CADES afin qu'ils soient amortis. Il en sera de même pour les déficits de la CNAMTS constatés sur la période 2012-2014 et pour les déficits de la CNAF constatés sur la période 2012-2013. Ces opérations permettront d'éviter un accroissement non maîtrisé des besoins de trésorerie de l'ACOSS. Au final, compte tenu de la capacité d'amortissement de la CADES, la dette globale de la sécurité sociale devrait diminuer à partir de l'exercice 2016.

II. - Des réformes d'ampleur sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale

La réforme des retraites et celle de la branche famille posent les bases d'une trajectoire crédible de retour à l'équilibre.

Les mesures affectant les comptes de la branche famille visent à recentrer les prestations sur les publics les plus fragiles, dans un objectif de justice. L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant sera diminuée pour les familles dont les ressources dépassent un certain plafond. Le montant de l'allocation de base ne sera pas revalorisé jusqu'à ce que son montant soit égal à celui du complément familial. Par ailleurs le montant du complément de libre choix d'activité sera uniformisé pour toutes les familles, la majoration qui s'adressait aux familles les plus aisées étant supprimée.

Afin de réduire la pauvreté des enfants et des familles, le complément familial sera progressivement majoré de 50 % pour les familles nombreuses vivant sous le seuil de pauvreté, une première majoration intervenant à compter du 1^{er} avril 2014. L'allocation de soutien familial, à destination des parents isolés, sera également progressivement revalorisée de 25 %. Au titre de la solidarité, le plafond de l'avantage fiscal lié à la présence d'enfants à charge dans le foyer sera, à l'inverse, ramené de 2 000 à 1 500 € par demi-part et le rendement de cette mesure sera affecté dès 2014 à la branche famille. Enfin, la réduction d'impôt pour frais de scolarité sera supprimée et l'économie réalisée sera affectée à la CNAF à compter de 2015.

Au terme de ces réformes, le solde de la branche famille devrait connaître une amélioration substantielle et s'établirait à -1 Md€ en 2017 contre -2,8 Md€ en 2013.

La réforme des retraites vise, quant à elle, à assurer l'équilibre des régimes de retraite de base à l'horizon 2020 et à maintenir cet équilibre à l'horizon 2040, conformément aux recommandations de la Commission sur l'avenir des retraites. Les mesures assurant l'équilibre d'ici 2020 concerneront les retraités, les actifs et les employeurs.

Les cotisations des actifs et des entreprises aux différents régimes de base seront augmentées dans la même proportion, de façon mesurée, selon des modalités fixées par décret. La hausse sera progressive sur quatre ans : 0,15 point pour les actifs et les employeurs en 2014, puis 0,05 point pour les trois années suivantes. Au final en 2017, l'accroissement aura été de 0,3 point pour les actifs et 0,3 point pour les employeurs.

La contribution des retraités reposera quant à elle sur deux mesures : l'inclusion des majorations de pensions des retraités ayant élevé trois enfants ou plus dans l'assiette de l'impôt sur le revenu; le décalage de six mois de la revalorisation des pensions prévue à l'article 4 du présent projet de loi, à l'exception du minimum vieillesse, la revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées étant maintenue au 1^{er} avril de chaque année.

Ces mesures de redressement à court terme s'accompagneront d'une mesure permettant de faire face au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie en proposant une évolution progressive de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein.

Un dispositif de pilotage sera également mis en place : le Conseil d'orientation des retraites réalisera chaque année à partir des indicateurs retenus un bilan public sur le système de retraite ; le Comité de surveillance des retraites rendra pour sa part un avis annuel et l'assortira de recommandations publiques en cas d'écarts significatifs à la trajectoire de retour à l'équilibre. Il formulera, le cas échéant, des recommandations sur les mesures à prendre et le Gouvernement, après consultation des partenaires sociaux, prendra ou proposera au Parlement les mesures de redressement.

Par ailleurs, le projet de loi vise parallèlement à améliorer les droits à la retraite de publics fragiles. À compter du 1^{er} janvier 2014, les modalités de validation d'un trimestre seront en effet assouplies et il sera possible de valider un trimestre avec 150 heures SMIC de cotisations (contre 200 aujourd'hui). Cette mesure permettra de valider des trimestres pour les salariés à petits temps partiels, les femmes notamment, qui verront par ailleurs mieux pris en compte les trimestres d'interruption au titre du congé maternité. En effet, à compter du 1^{er} janvier 2014, tous les trimestres de congé maternité seront réputés cotisés. De même, des mesures spécifiques bénéficieront aux jeunes apprentis et en alternance, ainsi qu'aux personnes ayant eu des carrières heurtées.

Enfin, une avancée significative en matière de droits sociaux est prévue avec la création dès 2015 d'un compte personnel de prévention de la pénibilité. Ce dispositif sera financé par une cotisation des employeurs : une cotisation minimale de toutes les entreprises et une cotisation de chaque entreprise tenant compte de la pénibilité qui lui est propre. Il permettra aux salariés de cumuler des points en fonction de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de pénibilité et de les utiliser tant pour des actions de formation, de maintien de rémunération lors d'un passage à temps partiel ou pour financer une majoration de durée d'assurance.

A l'issue de cette réforme, le déficit de la CNAV et du FSV devrait atteindre 1,4 Md€ en 2017, l'équilibre étant rejoint en 2020.

La fixation d'un taux de progression de l'ONDAM à 2,4 % en 2014 représente enfin un effort très important de maîtrise des dépenses de santé et constitue un objectif plus ambitieux que celui retenu à la fois dans la loi de programmation des finances publiques votée en 2013 et dans l'annexe pluriannuelle de la LFSS pour 2013 (taux de progression de 2,6 % pour 2014).

Le respect de cet objectif passe par un effort qui se décline autour de deux axes : le déploiement de la stratégie nationale de santé et la poursuite des efforts de maîtrise des dépenses de santé.

Le déploiement de la stratégie nationale de santé doit ainsi permettre d'améliorer l'organisation des soins et de renforcer son efficacité. C'est en ce sens que se poursuivra le développement de la chirurgie ambulatoire et des actes de télé-médecine. La mise en œuvre de la SNS passe également par le développement de nouveaux modes de tarification adaptés à une approche reposant sur le parcours de soins (mesures concernant en particulier la radiothérapie et l'insuffisance rénale chronique). Les mesures inscrites dans le PLFSS pour 2014 permettront également de poser les premiers jalons d'une évolution en profondeur de la tarification à l'activité. Enfin, des mesures spécifiques favoriseront une meilleure organisation des soins de proximité, initiée par la LFSS pour 2013, en étendant le soutien aux structures pluriprofessionnelles et en sécurisant le financement des coopérations entre professionnels de santé.

Le deuxième axe comprend la poursuite des actions de maîtrise des dépenses liées aux produits de santé, tant en ville qu'en établissements de santé. Ces actions consistent à la fois en des baisses de prix négociées par le comité économique des produits de santé et en un meilleur contrôle des volumes (maintien d'un taux très élevé de substitution des génériques, développement d'un répertoire des médicaments biosimilaires, modernisation et simplification des mécanismes contractuels de régulation des médicaments inscrits sur la liste en sus...). Les efforts de maîtrise médicalisée seront poursuivis avec des objectifs ambitieux et, conformément aux préconisations de la Cour des Comptes, des baisses de prix ciblées permettront en outre de réguler la dépense de certains soins de ville (radiologie et biologie).

Enfin, un sous-objectif supplémentaire sera créé, qui rassemblera les dépenses d'assurance maladie relative au fonds d'intervention régional, donnant ainsi sa pleine visibilité à un instrument qui, par la souplesse de gestion de ses crédits qu'il confère aux ARS, est essentiel au pilotage efficace des dépenses de santé.

III. - Cet effort de redressement sera accompagné d'un apport modéré de nouvelles recettes.

Cet effort sur la dépense de l'ensemble des branches de la sécurité sociale sera complété par un apport, qui restera toutefois modéré, de nouvelles recettes. En effet, les gains fiscaux attendus de la réforme du mode de calcul du quotient familial et de la fiscalisation de la participation des employeurs au financement des contrats collectifs relatifs à la protection complémentaire contribueront au redressement des comptes de la sécurité sociale dès 2014. Le projet de loi de finances prévoit donc l'affectation de produits de TVA à due concurrence au régime général. Par ailleurs, la branche vieillesse sera affectataire, dès 2015, des gains attendus de la fiscalisation des majorations de pension pour enfants et qui sont estimés à 1,2 Md€.

Une mesure de rationalisation du cadre de gestion des prélèvements sociaux sur les produits de placement, proposée dans le cadre du PLFSS pour 2014 devrait par ailleurs générer des recettes supplémentaires.

Enfin, la réaffectation de ces recettes au sein de la sphère sociale est l'occasion de rationaliser les modalités de financement, en s'appuyant notamment sur les recommandations formulées par le Haut Conseil au Financement de la Protection Sociale (HCFiPS). Ainsi, la CNAF recevra un panier de recettes comportant de la CSG, les contributions sur les jeux, ainsi qu'une part de la taxe sur les véhicules de sociétés. Pour sa part, le forfait social sera recentré sur la branche vieillesse et la CNAM recevra une part élevée des prélèvements sur les revenus du capital. Les taux de CSG feront, pour leur part, l'objet d'une harmonisation.

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								
Recettes	141,8	148,0	154,9	157,5	163,7	168,8	174,6	180,5
Dépenses	153,4	156,6	160,8	165,2	169,9	174,2	178,6	183,1
Solde	-11,6	-8,6	-5,9	-7,7	-6,2	-5,4	-4,0	-2,6
AT/MP								
Recettes	10,5	11,3	11,5	11,8	12,1	12,5	13,0	13,5
Dépenses	11,2	11,6	11,7	11,5	12,0	12,1	12,3	12,5
Solde	-0,7	-0,2	-0,2	0,3	0,1	0,4	0,6	0,9
Famille								
Recettes	49,9	51,9	53,8	54,8	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	52,6	54,5	56,3	57,6	59,2	60,6	62,0	63,1
Solde	-2,7	-2,6	-2,5	-2,8	-2,3	-1,9	-1,6	-1,0
Vieillesse								
Recettes	93,4	100,5	105,4	111,3	116,0	120,4	125,5	130,1
Dépenses	102,3	106,5	110,2	114,6	117,2	121,0	125,5	129,5
Solde	-8,9	-6,0	-4,8	-3,3	-1,2	-0,6	0,1	0,6
Toutes branches consolidées								
Recettes	285,6	300,8	314,0	323,5	336,6	348,0	360,7	373,0
Dépenses	309,6	318,2	327,3	337,0	346,2	355,6	365,6	375,0
Solde	-23,9	-17,4	-13,3	-13,5	-9,6	-7,6	-4,9	-2,1

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								
Recettes	164,8	171,7	178,8	181,7	188,0	193,4	199,6	206,1
Dépenses	176,2	180,3	184,7	189,5	194,1	198,8	203,7	208,7
Solde	-11,4	-8,5	-5,9	-7,8	-6,2	-5,5	-4,1	-2,7
AT/MP								
Recettes	11,9	12,8	13,1	13,2	13,5	13,9	14,4	14,9
Dépenses	12,6	13,0	13,7	12,9	13,3	13,5	13,7	13,9
Solde	-0,7	-0,1	-0,6	0,4	0,1	0,4	0,7	1,0
Famille								
Recettes	50,4	52,3	54,1	55,2	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	53,0	54,9	56,6	58,0	59,2	60,6	62,0	63,1
Solde	-2,7	-2,6	-2,5	-2,8	-2,3	-1,9	-1,6	-1,0
Vieillesse								
Recettes	183,3	194,6	203,4	212,1	219,4	226,3	234,1	241,3
Dépenses	194,1	202,4	209,5	216,2	221,0	227,4	234,9	242,0
Solde	-10,8	-7,9	-6,1	-4,1	-1,6	-1,1	-0,8	-0,6
Toutes branches consolidées								
Recettes	399,5	419,4	436,3	449,4	464,7	478,8	494,8	510,3
Dépenses	425,0	438,5	451,4	463,7	474,6	486,9	500,6	513,6
Solde	-25,5	-19,1	-15,1	-14,3	-10,0	-8,1	-5,8	-3,3

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	9,8	14,0	14,7	16,9	17,2	17,5	17,9	18,4
Dépenses	13,8	17,5	18,9	19,7	20,4	20,5	20,5	20,4
Solde	-4,1	-3,4	-4,1	-2,7	-3,2	-3,1	-2,6	-2,0

ANNEXE C

**ETAT 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 2014 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base
Cotisations effectives	85,0	122,0	35,1	12,5	252,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,6	1,3	0,5	0,0	3,5
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,0	0,0	0,3	38,9
Contribution sociale généralisée	64,2	0,0	10,8	0,0	74,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,2	19,1	9,6	0,1	61,0
Transferts	1,4	38,4	0,4	0,1	29,3
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	2,9	0,5	0,5	0,3	4,2
Recettes	188,0	219,4	56,9	13,5	464,7

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 2014 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régime général
Cotisations effectives	75,7	72,5	35,1	11,6	193,1
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,3	1,0	0,5	0,0	2,8
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	55,7	0,0	10,8	0,0	66,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	25,4	13,1	9,6	0,1	48,1
Transferts	3,1	29,2	0,4	0,0	22,6
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,6	0,2	0,5	0,3	3,7
Recettes	163,7	116,0	56,9	12,1	336,6

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 2014 (en milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	11,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,0
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	17,2