

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

**TEXTE SOUMIS À LA DÉLIBÉRATION
DU CONSEIL DES MINISTRES**

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2013

NOR : EFIX1235628L/Bleue

PREMIERE PARTIE Dispositions relatives à l'exercice 2011

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2011, 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	171,8	180,3	-8,5
Vieillesse	194,6	202,4	-7,9
Famille	52,7	55,3	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	13,0	-0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	421,7	440,8	-19,1

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

	(en milliards d'euros)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	148,0	156,6	-8,6
Vieillesse	100,5	106,5	-6,0
Famille	52,2	54,8	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,3	11,6	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	302,8	320,3	-17,4

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	14,0	17,5	-3,4

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 166,3 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 11,7 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le déficit du régime général s'est élevé à 17,4 Md€ en 2011, contre 23,9 Md€ en 2010. Celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base a atteint 19,1 Md€, contre 25,5 Md€ en 2010. Le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est enfin établi à 3,4 Md€, contre 4,1 Md€ en 2010.

Les soldes consolidés pour l'ensemble des régimes de base sont, à l'exception de la branche vieillesse, très proches des soldes du régime général. Ceci résulte de l'existence de mécanismes d'équilibrage (intégration financière au régime général, subvention d'équilibre de l'État, affectation d'une recette fiscale dédiée, etc.) pour la plupart des régimes autres que le régime général. La branche retraite du régime des exploitants agricoles ne bénéficie pas d'un tel mécanisme et a enregistré un déficit de 1,2 Md€ en 2011. C'est également le cas de la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales dont le solde s'est élevé à -0,4 Md€ la même année.

Le besoin de financement des régimes obligatoires de base et du FSV s'est élevé au total à plus de 22 Md€ pour 2011, avec une masse salariale du secteur privé qui a progressé de 3,6 % (après 2% en 2010) et des dépenses d'assurance maladie inférieures de près de 800 M€ à l'objectif initialement voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2011, 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 la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2011 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIEME PARTIE
Dispositions relatives à l'exercice 2012

Section 1

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 3

I. - L'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. - Au I, le taux : « 5,4 % » est remplacé par le taux : « 4,6 % »

B. - Le II est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, le taux : « 0,3 % » est remplacé par le taux : « 0,1 % » et les mots : «, dont une part correspondant à un taux de 0,2 % à la section mentionnée à l'article L. 135-3-1 » sont supprimés ;

2° Au quatrième alinéa, le taux : « 2,9 % » est remplacé par le taux : « 2,75 % » ;

3° Au cinquième alinéa, le taux : « 0,6 % » est remplacé par le taux : « 0,15 % ».

II. - Il est inséré dans la section 0I du chapitre I^{er} du titre III de la deuxième partie du livre I^{er} du code général des impôts, après l'article 1600-0-R, un VI intitulé : « Prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement » comprenant un article 1600-0 S ainsi rédigé :

« Art. 1600-0 S. - I. - Il est institué :

« 1° Un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Un prélèvement de solidarité sur les produits de placement mentionnés à l'article L. 136-7 du même code.

« II. - Le prélèvement de solidarité mentionné au 1° du I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.

« Le prélèvement de solidarité mentionné au 2° du I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

« III. - Le taux des prélèvements de solidarité mentionnés au I est fixé à 1,9 %.

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

« 1° 1,45 point au fonds mentionné à l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles ;

« 2° 0,45 point au fonds mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation. »

III. - Le d de l'article L. 351-7 du code de la construction et de l'habitation est remplacé par les dispositions suivantes :

« d) La part fixée au IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts du produit des prélèvements de solidarité mentionnés à ce même article. »

IV. - Le premier alinéa du III de l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les recettes du fonds national des solidarités actives sont notamment constituées par la part fixée au IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts du produit des prélèvements de solidarité mentionnés à ce même article. »

V. - A la première ligne de la cinquième colonne du tableau du VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, les mots : « de la contribution additionnelle au prélèvement mentionné à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, prévue à l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles, » sont remplacés par les mots : « de la part mentionnée au 1° du IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts du prélèvement de solidarité mentionné au 2° du I du même article ».

VI. - Les I à V s'appliquent :

1° Aux revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale perçus à compter du 1^{er} janvier 2012 ;

2° Aux produits de placement mentionnés au I de l'article L. 136-7 du même code payés ou réalisés, selon le cas, à compter du 1^{er} janvier 2013 et à ceux mentionnés au II du même article pour la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée à compter du 1^{er} janvier 2013.

VII. - Le VII de l'article 1^{er} de la loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012 est ainsi modifié :

A. - Au B, les mots : « aux sommes déclarées par les assujettis au titre des périodes ouvertes à partir de cette date » sont supprimés.

B. - Le E est ainsi modifié :

1° Au 3°, le taux : « 2,2 % » est remplacé par le taux : « 1,85 % » ;

2° Après le 5°, il est ajouté un 6° ainsi rédigé :

« 6° Une part correspondant à un taux de 0,35 % au fonds mentionné à l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles. »

Exposé des motifs

Afin d'achever le mouvement de rationalisation et de simplification des affectations d'impositions de toute nature entre l'Etat et la sécurité sociale, la présente mesure vient compléter l'article 38 du projet de loi de finances pour 2013, qui redirige vers la sphère sociale (régimes de sécurité sociale et Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire) le produit de prélèvements comportementaux (taxes sur les boissons à sucre ajouté et contenant des édulcorants, droits de consommation sur les tabacs) établis au profit de l'Etat et du Fonds national d'aide au logement, qui en dépend, ou encore inclus dans le panier fiscal compensant les exonérations sur les heures supplémentaires dans leur format antérieur à la loi de finances rectificative du 16 août 2012.

Les transferts de recettes ainsi organisés doivent en effet garantir au Parlement une meilleure lisibilité des modalités de financement de chacun des sous-secteurs des administrations publiques ainsi qu'éviter l'existence de ressources partagées entre ces sous-secteurs, dans une logique d'efficacité et de responsabilisation.

En compensation des nouvelles recettes attribuées à la sécurité sociale et au Fonds CMU en projet de loi de finances, le présent article organise le transfert en direction du Fonds national d'aide au logement (FNAL) et du Fonds national des solidarités actives (FNSA) – qui interviennent tous deux dans le champ de la protection sociale – de 0,8 point de prélèvement social sur les revenus du capital jusque là attribué au régime général ainsi que mis en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.

Ce 0,8 point sera intégré, en sus de la contribution créée par la loi du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion, au sein d'un prélèvement global renommé « prélèvement de solidarité », qui continuera de s'inscrire dans le cadre des contributions qui complètent la CSG sur les revenus du patrimoine et produits de placement en en reprenant l'assiette et les modalités de recouvrement.

Ces opérations sont sans impact pour le contribuable, le taux global des prélèvements assis sur les revenus du capital (15,5 %) restant inchangé par ces dispositions.

Article 4

A titre exceptionnel, il est prélevé, au profit de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, une somme de 450 millions d'euros sur les réserves du fonds relatif à l'allocation temporaire d'invalidité, régie par le décret n° 2005-442 du 2 mai 2005, et une somme de 240 millions d'euros sur les réserves du fonds de compensation des cessations progressives d'activité des personnels des collectivités locales et de leurs établissements publics non hospitaliers institué par le décret n° 84-1021 du 21 novembre 1984. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxe sur les salaires.

Exposé des motifs

La Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) connaît depuis 2010 une situation déficitaire qui nécessite de prendre à court terme des mesures pour couvrir les besoins de trésorerie du régime.

Le présent article consiste à reconstituer le fonds de roulement de la CNRACL en prévoyant le transfert à la CNRACL d'une partie des excédents du Fonds de financement de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (Fonds ATIACL), pour 450 M€, et du Fonds de compensation de la cessation progressive d'activité (FCCPA), pour 240 M€. Leurs excédents sont aujourd'hui sur-calibrés par rapport à leurs dépenses et peuvent donc être transférés à la CNRACL.

Ce transfert pourra être réalisé dès la fin de l'année 2012 afin d'alléger d'autant les besoins de trésorerie auxquels la Caisse devra faire face à cette échéance.

Article 5

Au titre de l'année 2012, sont rectifiées, conformément aux tableaux qui suivent :

1° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

	(en milliards d'euros)		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	179,4	184,9	-5,5
Vieillesse	202,9	210,0	-7,1
Famille	54,4	56,9	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,3	13,3	-0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	439,5	454,7	-15,2

2° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

	(en milliards d'euros)		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	155,0	160,5	-5,5
Vieillesse	105,2	110,4	-5,2
Famille	53,9	56,4	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,8	11,9	-0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	316,4	329,7	-13,3

3° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

	(en milliards d'euros)		
	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	14,6	18,6	-4,1

Exposé des motifs

Le solde prévisionnel du régime général est de -13,3 Md€ pour l'année 2012. Alors même qu'il a été nécessaire de réajuster à la baisse les hypothèses macro-économiques, en particulier la progression de la masse salariale privée qui constitue l'assiette des principales ressources des régimes de sécurité sociale, le déficit prévisionnel du régime général apparaît en-deçà de celui initialement prévu en loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Ce résultat traduit principalement l'effort en recettes déjà réalisé en loi de finances rectificative du 16 août 2012, pour un rendement de 1,5 Md€ en 2012. S'inscrivant dans la perspective d'un retour à l'équilibre des administrations de sécurité sociale à l'horizon 2017, cet effort de consolidation a été acquis dans le respect de l'impératif de solidarité à l'égard des ménages les plus fragiles, qui a justifié l'adoption dès 2012 de mesures urgentes : la hausse de 25% de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) et la mise en place par décret d'un dispositif permettant le départ à la retraite à partir de 60 ans pour ceux qui ont commencé à travailler avant 20 ans.

Article 6

I. - Au titre de l'année 2012, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 12,1 milliards d'euros.

II. - Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites demeurent fixées conformément au II de l'article 35 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. - Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse demeurent fixées conformément au III de l'article 35 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Exposé des motifs

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait amortir 12,1 Md€ de dette supplémentaire sur l'année 2012, soit 0,4 Md€ de plus que pour l'exercice 2011. Cette hausse prévisionnelle de la capacité d'amortissement annuel s'explique principalement par la dynamique des recettes de la 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 71,7 Md€, soit le tiers de la dette cumulée reprise à fin 2012.

En application de la loi de financement pour 2011, le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) ne recevra aucun abondement en 2012, 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 (FSV) bénéficiera de 0,4 Md€ en prévision pour 2012 au titre des produits de 0,2 point de prélèvement social sur les revenus du capital et de 0,5 point de forfait social, lesquels sont mis en réserve en 2012 au sein d'une section comptable spécifique pour le financement à compter de 2016 de certaines dérogations aux mesures d'âge.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 7

I. - Au I de l'article 81 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le montant : « 250 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 220 millions d'euros ».

II. - Au II de l'article 81 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le montant : « 285,87 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 238,93 millions d'euros ».

Exposé des motifs

I. - Depuis plusieurs années, il est procédé à la mise en réserve systématique des sous-objectifs de l'ONDAM, parmi lesquels la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

Compte tenu des prévisions d'exécution du 6^e sous-objectif de l'ONDAM pour 2012, il a été décidé de ne pas dégeler les crédits mis en réserve en 2012 concernant le FIQCS, d'un montant de 30 millions d'euros.

Le nouveau montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FIQCS au titre de 2012, à savoir 220 M€, doit faire l'objet d'une inscription en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, en modification du I de l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Le FIQCS devrait donc disposer d'un fonds de roulement estimé fin 2012 et après gel rectificatif de l'ordre de 30 M€.

II. – Le 3^o du I de l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 dispose, concernant le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), que : « L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante ».

Les sommes prescrites au titre de l'année 2012 sont évaluées à 46,94 M€. En application des dispositions précitées, la somme de 46,94 M€ doit être déduite, au titre de la prescription constatée sur l'année 2012, du montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FMESPP pour l'année 2012 tel que fixé par le II de l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, soit 285,87 M€. Le présent article acte cette déduction et arrête le nouveau montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP au titre de 2012, soit 238,93 M€.

Article 8

I. - Au second alinéa de l'article L. 815-29 du code de la sécurité sociale, au sixième alinéa de l'article L. 821-5 du même code et au II de l'article 32 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, les mots : « une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret » sont remplacés par les mots : « une fraction de ces pertes fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ».

II. - Les dispositions du I sont applicables à compter des pertes sur créances d'indus enregistrées pour l'exercice 2012.

Exposé des motifs

Le présent article propose de rationaliser les modalités de prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus enregistrées par les organismes de sécurité sociale au titre de la gestion pour le compte de ce dernier des prestations que sont l'allocation aux adultes handicapés, l'allocation supplémentaire invalidité et l'allocation pour parent isolé.

Sera directement mise à la charge de l'Etat, à compter de l'exercice 2012, une fraction des pertes sur créances d'indus représentative des indus considérés comme non recouvrables et incombant naturellement au financeur, plutôt qu'une fraction du montant des prestations versées ayant vocation à correspondre à ce même quantum. Il en résultera une simplification souhaitable des circuits financiers entre administrations publiques.

Article 9

I. - Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

	(en milliards d'euros)
	Objectifs de dépenses
Maladie	184,9
Vieillesse	210,0
Famille	56,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	454,7

II. - Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :

	(en milliards d'euros)
	Objectifs de dépenses
Maladie	160,5
Vieillesse	110,4
Famille	56,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	329,7

Exposé des motifs

Le niveau global des dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale est évalué à 454,7 Md€ pour l'exercice 2012, soit une progression de 3,1 % par rapport au niveau observé pour 2011. Ces prévisions actualisées traduisent notamment le choix du Gouvernement, dans le contexte du nécessaire redressement des comptes sociaux, de contenir pour l'année 2012 la progression des dépenses d'assurance maladie en deçà de l'objectif voté initialement dans le cadre de la précédente loi de financement de la sécurité sociale.

Article 10

Au titre de l'année 2012, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie rectifié de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

	(en milliards d'euros)
	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	78,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Autres prises en charge	1,2
Total	170,8

Exposé des motifs

Les dépenses entrant dans le périmètre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2012 devraient s'élever à 170,8 Md€, soit un montant inférieur de 350 M€ à l'objectif déterminé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Cette révision porte sur le sous-objectif relatif aux dépenses des soins de ville, compte tenu d'une part d'une évolution plus modérée que prévu des dépenses de soins de ville et de la révision à la baisse de l'exécution 2011. Elle tient compte de la prise en compte, non prévue initialement en construction sur 2012, de la rémunération sur objectifs des professionnels de santé.

Les sous-objectifs relatifs aux dépenses des établissements de santé et la contribution de l'assurance maladie au financement des dépenses en établissements et services médico-sociaux demeurent inchangés par rapport aux montants votés dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Le montant du sous-objectif des dépenses relatives aux autres modes de prise en charge, inchangé par rapport au montant adopté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, tient compte de la proposition de révision de la dotation au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

TROISIEME PARTIE
Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'exercice 2013

Section 1

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

Article 11

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

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

1° Au deuxième alinéa, les mots : « des exonérations et » sont remplacés par les mots : « des exonérations, » et après les mots : « au 7 de l'article 158 du code général des impôts », sont insérés les mots : « et des déductions à effectuer du chef des frais professionnels et des frais, droits et intérêts d'emprunt prévues aux deuxième et huitième alinéas du 3° de l'article 83 du même code » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « Pour les sociétés d'exercice libéral visées à l'article 1^{er} de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, est » sont remplacés par le mot : « Est ».

B. - Au premier alinéa de l'article L. 133-6-8, après les mots : « auxdits articles du code général des impôts », sont insérés les mots : « de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui acquitté aux mêmes titres par les travailleurs indépendants ».

C. - A l'article L. 612-3, les mots : « arrêté interministériel » sont remplacés par le mot : « décret ».

D. - L'article L. 612-4 est ainsi modifié :

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

« Les cotisations sont calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Leur taux est fixé par décret.

« Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Pour les cotisations dues au titre de la première et de la deuxième année d'activité, le montant mentionné au deuxième alinéa peut faire l'objet d'une réduction. » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par un décret, qui peut prévoir que les dispositions des deuxième et troisième alinéas ne sont pas applicables, sous certaines conditions, aux cotisations dues par les personnes mentionnées aux articles L. 613-4 et L. 613-7 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. »

E. - Après l'article L. 612-4, il est rétabli un article L. 612-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 612-5.* - Les cotisations prévues à l'article L. 612-4 à la charge des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret font l'objet d'une réduction.

« Lorsque le revenu d'activité est négatif ou nul, la réduction est maximale et est égale au produit du taux mentionné au premier alinéa de l'article L. 612-4 et d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3. Lorsque le revenu d'activité est positif, la réduction décroît linéairement et devient nulle lorsque ce revenu est égal ou supérieur au seuil mentionné au premier alinéa.

« La réduction prévue au présent article ne s'applique qu'aux cotisants dont les cotisations sont au moins égales au montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 612-4 et dont le chiffre d'affaires est inférieur ou égal à un montant fixé par décret.

« Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé avec celui de tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicables aux cotisations prévues à l'article L. 612-4.

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

F. - Le premier alinéa de l'article L. 612-13 est remplacé par les dispositions suivantes :

« La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

« Ces cotisations supplémentaires ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré. »

G. - A l'article L. 722-4, la seconde phrase est supprimée.

H. - A l'article L. 756-3, le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité ».

I. - A l'article L. 756-4, les mots : « aux articles L. 242-11 » sont remplacés par les mots : « aux dispositions de l'article L. 242-11 » et les mots : « employeurs et » sont supprimés.

J. - Au deuxième alinéa de l'article L. 756-5, les mots : « du dernier alinéa de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 131-6-2 ».

II. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2013, sous réserve des dispositions suivantes :

1° De manière transitoire, le montant des cotisations provisionnelles mentionnées à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014 par les travailleurs indépendants relevant de l'article 62 du code général des impôts est égal au montant des cotisations provisionnelles calculé pour ces années en application des règles antérieures à l'entrée en vigueur du présent article. Les revenus d'activité, tels que définis à l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pris en compte pour ce calcul sont majorés de 11 %. Cette majoration ne peut être supérieure à la limite de réduction prévue au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts ;

2° De manière transitoire, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts, lorsque ces revenus sont perçus en 2013 et en 2014, qui est retenue pour la détermination du revenu d'activité non salarié en application du troisième alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pour les personnes nouvellement soumises aux dispositions de cet alinéa en application du 2° du A du I du présent article, est prise en compte pour le calcul des cotisations provisionnelles mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014. Ces revenus font l'objet d'une déclaration obligatoire, selon les modalités prévues au quatrième alinéa dudit article L. 131-6-2, dans le délai de trente jours à compter de leur perception.

Exposé des motifs

Le présent article vise à rétablir une plus grande équité des prélèvements sociaux entre travailleurs indépendants non agricoles et travailleurs salariés.

En effet, à l'inverse des salariés, les cotisations maladie des travailleurs indépendants sont aujourd'hui globalement dégressives, en raison d'une cotisation minimale et du maintien d'un plafonnement de la cotisation maladie : le taux de cotisation diminue (de 6,5 à 5,9 %) pour les revenus au-delà du plafond annuel de la sécurité sociale (36 372 € en 2012) et aucune cotisation n'est due sur la tranche de revenus dépassant cinq plafonds (181 860 €). Le régime des travailleurs indépendants non agricoles est le seul régime où s'applique encore ce plafonnement, alors que, dans l'ensemble des régimes, les cotisations maladie ont été déplafonnées, en cohérence avec le principe de contribution des assurés à hauteur de leurs moyens.

Le présent article supprime ainsi, au D du I, le plafonnement des cotisations (le taux de 6,5 % s'appliquera désormais quel que soit le niveau de revenus), et instaure parallèlement, au E du I, une réduction sur la cotisation minimale maladie-maternité. Elle prend la forme d'une exonération linéairement dégressive, s'annulant lorsque les revenus atteignent le niveau de l'assiette minimale de cotisation (soit 14 549 € en 2012).

Par ailleurs, au sein des travailleurs indépendants, les gérants majoritaires dont l'entreprise est soumise à l'impôt sur les sociétés sont actuellement assujettis sur une assiette faisant l'objet soit de l'abattement de 10 % représentatif de frais professionnels, soit d'une déduction de frais professionnels réels, alors qu'ils ont déjà la possibilité de déduire leurs frais professionnels dans le résultat de leur entreprise. Cette disposition revient à opérer deux fois des déductions au titre des frais professionnels. Le 1° du A du I réintègre dans l'assiette des cotisations et contributions sociales la déduction forfaitaire pour frais professionnels et celle des frais, droits et intérêts d'emprunt exposés pour l'acquisition de parts sociales retenues pour l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants.

En outre, la possibilité pour les travailleurs indépendants de versement d'une partie de leur revenu d'activité sous forme de dividendes permet de réduire l'assiette des cotisations sociales. La LFSS pour 2009 avait introduit, pour les seules sociétés d'exercice libéral, un dispositif d'assujettissement des dividendes versés excédant 10 % des capitaux propres de l'entreprise. Ce dispositif est élargi, par le 2° du A du I, à l'ensemble des travailleurs indépendants exerçant leur activité dans le cadre de sociétés assujetties à l'impôt sur les sociétés.

Enfin, l'article pose le principe d'une contributivité équivalente en termes de niveau des taux de cotisation entre les auto-entrepreneurs et les travailleurs indépendants soumis au régime de droit commun. Les taux applicables aux auto-entrepreneurs seront donc relevés par décret selon cette nouvelle règle.

L'article procède également à diverses mesures de toilettage.

Le taux de cotisation maladie de 6,5 %, fixé par décret, sera quant à lui inchangé.

Article 12

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

A. - L'article L. 651-1 est ainsi modifié :

1° Le 9° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 9° Indépendamment de leur forme juridique, des établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres I^{er} à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre I^{er} du livre V du même code ; »

2° Il est inséré un 9° *bis* ainsi rédigé :

« 9° *bis* Indépendamment de leur forme juridique, des entreprises ou sociétés d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code ou du titre VII du livre VII du code rural et de la pêche maritime ; »

3° Au 10°, la référence : « 9° » est remplacée par la référence : « 9° *bis* ».

B. - Au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1, après les mots : « du premier alinéa », sont insérés les mots : « ainsi que les produits financiers générés par les placements de la contribution opérés le cas échéant par l'organisme mentionné à l'article L. 651-4 ».

C. - L'article L. 651-5 est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa, après les mots : « taxes assimilées », la fin de la phrase est supprimée ;

2° Après le troisième alinéa, il est inséré les dispositions suivantes :

« Pour les redevables mentionnés au 9° *bis* de l'article L. 651-1, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du VI de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux opérations sur devises est constitué par le résultat net positif de cette catégorie. Ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité, ni les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité. » ;

3° Les sixième, septième, huitième et neuvième alinéas sont supprimés.

II. - Les dispositions du A et du C du I sont applicables à la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2013. Les dispositions du B du I sont applicables à compter de l'exercice 2012.

Exposé des motifs

L'article 20 de la LFSS pour 2012 a permis de clarifier et d'harmoniser l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur bancaire. Lors de l'examen de cette mesure par le Parlement, la question d'une adaptation similaire de l'assiette du secteur assurantiel avait été soulevée.

Le I-C du présent article tire les enseignements d'une étude fine de l'assiette déclarée par les redevables du secteur. Il vise à moderniser et à simplifier la définition de l'assiette de la C3S pour les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance (qui sont isolées au sein du champ des redevables par le I-A) en l'alignant sur la définition du chiffre d'affaires retenue dans le cadre de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE).

Le I-B permet en outre de clarifier l'affectation au Fonds de solidarité vieillesse du produit généré par les placements financiers de C3S opérés par le RSI – gestionnaire du recouvrement de cette contribution – dans le cadre plus général de la mutualisation des trésoreries sociales.

Article 13

I. - L'article 231 du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du 1, les mots : « Les sommes payées à titre de rémunérations sont soumises à une taxe sur les salaires égale à 4,25 % de leur montant, évalué selon les règles prévues aux chapitres I^{er} et II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ou pour les employeurs de salariés visés aux articles L. 722-20 et L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime, au titre IV du livre VII dudit code, et à la charge des entreprises et organismes » sont remplacés par les mots : « Les sommes payées à titre de rémunérations aux salariés, à l'exception de celles correspondant aux prestations de sécurité sociale versées par l'entremise de l'employeur, sont soumises à une taxe égale à 4,25 % de leur montant évalué selon les règles prévues à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, sans qu'il soit toutefois fait application des dispositions du deuxième alinéa du I de cet article. Cette taxe est à la charge des entreprises et organismes qui emploient ces salariés » ;

2° La première phrase du 2 *bis* est remplacée par les dispositions suivantes :

« Le taux de la taxe sur les salaires prévue au 1 est porté de 4,25 à 8,50 % pour la fraction comprise entre 7 604 € et 15 185 €, à 13,60 % pour la fraction comprise entre 15 185 € et 150 000 € et à 20 % pour la fraction excédant 150 000 € de rémunérations individuelles annuelles. »

II. - Au 1° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, le chiffre : « 59,03 » est remplacé par le chiffre : « 56,8 », le chiffre : « 24,27 » est remplacé par le chiffre : « 27,1 » et le chiffre : « 16,7 » est remplacé par le chiffre : « 16,1 ».

III. - Les dispositions du I s'appliquent à la taxe sur les salaires due à raison des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2013.

Exposé des motifs

La taxe sur les salaires est due par les entreprises et organismes dont l'activité n'est pas soumise à la TVA. Ses assujettis sont donc principalement le secteur financier, le secteur hospitalier et médico-social, et le secteur non lucratif. L'assiette de cette taxe, historiquement proche de celle des cotisations de sécurité sociale, est calée sur celle-ci depuis 2002. De ce fait elle se limite comme cette dernière aux rémunérations ordinaires et n'intègre pas, comme c'est le cas d'impositions de toute nature comme la CSG ou le forfait social, un certain nombre de rémunérations complémentaires (intéressement, participation, prévoyance) qui sont en net développement. Il en résulte une érosion relative de l'assiette de la taxe qui est particulièrement marquée dans le secteur financier. Les résultats des enquêtes sur la participation, l'intéressement, les PEE et l'actionnariat des salariés (enquête « PIPA ») montrent en particulier que les montants individuels versés dans ce secteur sont près de deux fois supérieurs à la moyenne des autres secteurs.

Ainsi, le présent article vise à élargir l'assiette de la taxe sur les salaires afin de l'aligner sur celle de la contribution sociale généralisée (CSG) applicable aux revenus d'activité afin de tenir compte des éléments de rémunération cités ci-dessus.

Il est proposé d'autre part de renforcer la progressivité de la taxe en instaurant une tranche additionnelle pour les rémunérations supérieures à 150 000 €. En instaurant une tranche supérieure supplémentaire, la mesure vise à faire davantage contribuer au financement de la sécurité sociale les employeurs qui versent de très hautes rémunérations à certains de leurs salariés. La mesure constituera, en outre, un signe fort de régulation de certaines formes de rémunérations en particulier celles versées sous forme de bonus par les établissements bancaires à leurs salariés opérateurs de marchés.

Du fait des modes et des niveaux de rémunération des différents secteurs assujettis à la taxe sur les salaires, ces dispositions auront un impact très limité ou nul sur les secteurs hospitalier, médico-social et non lucratif.

Le produit de la mesure étant affecté à la branche famille, il convient (II) de modifier les clés de répartition du produit de la taxe sur les salaires fixées à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.

Article 14

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

1° Le II de l'article L. 136-2 est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Les distributions ou les gains nets afférents à des parts de fonds communs de placement à risques, des actions de sociétés de capital-risque ou des droits représentatifs d'un placement financier dans une entité, constituée dans un État membre de l'Union européenne ou dans un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ayant conclu avec la France une convention d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscales et dont l'objet principal est d'investir dans des sociétés dont les titres ne sont pas admis aux négociations sur un marché d'instruments financiers français ou étranger, ou d'une société qui réalise des prestations de services liées à la gestion de cette entité, donnant lieu à des droits différents sur l'actif net ou les produits du fonds, de la société ou de l'entité, et attribués en fonction de la qualité de la personne ; »

2° L'article L. 136-5 est ainsi modifié :

a) Le début de la première phrase du 1^{er} alinéa du I est ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1, L. 136-2, L. 136-3 et L. 136-4 est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. » ;

b) Au II *bis*, les mots : « , est établie, recouvrée et contrôlée » sont remplacés par les mots : « et la contribution portant sur les revenus mentionnés au 8° du II de l'article L. 136-2 sont établies, recouvrées et contrôlées » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 137-15, après les mots : « à la charge de l'employeur », sont insérés les mots : « ou de toute autre personne débitrice des sommes en cause » ;

4° A l'article L. 242-1, il est inséré après le douzième alinéa un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Sont également exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les distributions et les gains nets mentionnés au 8° du II de l'article L. 136-2. » ;

5° La section 10 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} est supprimée.

II. - Les dispositions du I s'appliquent aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2013.

Exposé des motifs

Les parts et actions à rendement subordonné ou « *carried interests* » constituent un dispositif d'intéressement à la performance des gestionnaires des fonds communs de placement à risques et des sociétés de capital-risque, qui permet aux gestionnaires ayant personnellement investi dans le fonds de percevoir une part de la plus-value dégagée proportionnellement plus importante que la part attribuée aux investisseurs ordinaires. Pour le percevoir, le taux de rendement du fonds doit atteindre un niveau fixé à l'avance (le plus fréquemment de l'ordre de 8 % par an).

Le régime social actuellement applicable à cette rémunération financière est celui propre aux revenus du patrimoine, soit un prélèvement social au taux global de 15,5 % à la charge exclusive du bénéficiaire, ou, dans le cas où la réglementation de 2009 concernant notamment le montant minimal à investir par le gestionnaire n'a pas été respectée, un prélèvement forfaitaire de 30 %. Ce dernier cas ne concerne toutefois pas plus de 1,5 % des *carried interests*.

Or, la disproportion entre la part de la plus-value attribuée aux gestionnaires et la part de leur investissement et les conditions d'attribution de cette plus-value en font davantage un élément de rémunération à la performance, qui doit être considéré comme un revenu du travail et non comme un revenu du capital.

Afin de rapprocher le régime social des *carried interests* de celui applicable aux autres sommes qui, sans être stricto sensu des salaires, n'en demeurent pas moins des rémunérations d'activité, il est proposé, en cohérence avec la mesure présentée dans le projet de loi de finances pour 2013, de les assujettir pour le gestionnaire à la CSG et à la CRDS sur les revenus d'activité, soit un prélèvement proportionnel au taux de 8 % et, pour la société de gestion ou le fonds, au forfait social au taux de 20 %.

Article 15

I. - L'article L. 133-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les quatre premiers alinéas sont supprimés. Ils sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« L'ensemble des cotisations et contributions sociales dues au titre des rémunérations versées aux salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail et aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime sont recouvrées sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations assises sur les salaires, respectivement, du régime général de sécurité sociale et du régime de protection sociale des personnes salariées des professions agricoles. » ;

2° Au cinquième alinéa, qui devient le deuxième, les mots : « et à l'article L. 351-21 du code du travail » sont supprimés et les mots : « desdites cotisations et contributions sociales » sont remplacés par les mots : « des cotisations d'origine légale ou conventionnelle qui leur sont dues » ;

3° Les trois derniers alinéas sont supprimés.

II. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux modalités de calcul des cotisations et contributions sociales dues au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2013.

Exposé des motifs

Les particuliers employeurs peuvent choisir l'assiette à laquelle sont appliquées les cotisations dues pour l'emploi de leur salarié : ils peuvent acquitter les cotisations sociales sur l'intégralité du salaire versé à leur salarié ou sur une assiette forfaitaire égale au montant du salaire minimum de croissance multiplié par le nombre d'heures de travail. L'option pour le forfait est juridiquement conditionnée à un accord du salarié ; le salarié peut néanmoins ne pas mesurer les conséquences de cette option, notamment sur ses droits à prestations contributives en espèces (retraite, chômage, indemnités journalières).

Cette possibilité donnée à l'employeur de choisir le niveau du prélèvement social et des droits de son salarié aux prestations en espèces est unique dans le paysage de la protection sociale. Elle se traduit par des pertes de recettes pour les finances publiques et par une réduction des droits sociaux des salariés. Or, ce dispositif n'est ni pertinent en termes de réduction du coût du travail (la réduction de cotisations sociales est d'autant plus forte qu'on s'éloigne du SMIC) ni en termes de public visé, puisque les ménages ayant des besoins importants d'aide à domicile (personnes âgées, personnes dépendantes et en situation de handicap, familles avec enfants en bas âge) bénéficient d'autres dispositifs d'aide.

L'application à partir de 2005 d'un abattement de taux de 15 points sur les cotisations patronales attaché au choix de l'option pour l'assiette réelle avait conduit les particuliers employeurs à choisir de plus en plus cette option. Plus des deux-tiers d'entre eux y ont eu recours en 2010.

Or cet abattement de taux a été supprimé à compter du 1^{er} janvier 2011 par l'article 200-I-1° de la loi de finances pour 2011, sans que soit supprimée la possibilité de cotiser sur une assiette forfaitaire. Dès lors que l'incitation au passage au réel a disparu, le dispositif d'assiette forfaitaire a tendance à se développer à nouveau après 5 ans de baisse continue.

Alors que le secteur des services à la personne bénéficie d'importantes aides fiscales dont le montant global atteint 3,8 Md€, il est proposé de supprimer l'assiette forfaitaire ouverte aux particuliers employeurs, dans un objectif de garantir les droits des salariés et de recentrer les aides, qu'il s'agisse d'exonérations ou d'exemption, sur les dispositifs les plus efficaces.

Cette mesure ne modifie pas le dispositif d'exonération ouvert au bénéfice des particuliers employeurs fragiles prévues par l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, qui demeure particulièrement avantageux. Seule l'option pour une assiette forfaitaire sera supprimée pour les employeurs concernés.

Les particuliers employeurs bénéficieront par ailleurs toujours de réductions et crédits d'impôt sur le revenu.

Article 16

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

1° Après le 1° de l'article L. 14-10-4, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Une contribution au taux de 0,3 % due sur les pensions de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus à l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale.

« Sont exonérées de la contribution mentionnée au précédent alinéa, les pensions mentionnées au *a* du 4°, au 12° et au 14° *bis* de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code. » ;

2° L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « six » est remplacé par : « sept » ;

b) Après le V, il est ajouté un V *bis* ainsi rédigé :

« V *bis*. - Une section consacrée à la mise en réserve du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4. Les ressources de cette section sont destinées au financement des mesures qui seront prises pour améliorer la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie. » ;

c) Au VI, les mots : « aux 1° à 4° de l'article L. 14-10-4 » sont remplacés par les mots : « aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 14-10-4 » et après les mots : « sections précédentes », sont insérés les mots : « , à l'exception de la section V *bis*, ».

II. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, dans sa version issue de la présente loi, le taux de la contribution mentionnée au 1° *bis* de cet article est fixé à 0,15 % pour les pensions et allocations servies au titre de l'année 2013 et le produit de cette contribution est affecté pour la même année au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Les évolutions législatives, à compter des années 1990, ont globalement réduit la part des cotisations dans le financement de la protection sociale et accru les contributions assises sur l'ensemble des revenus du capital. Pour autant, les cotisations des travailleurs salariés demeurent l'une des principales modalités de ce financement et les cotisations dues par les personnes qui bénéficient de revenus de remplacement sont moindres que celles acquittées par les salariés.

Afin que les efforts nécessaires au redressement de la situation des finances publiques, et tout particulièrement celle des comptes sociaux, soient partagés et dans le souci qui est celui du Gouvernement de fonder cette démarche sur un principe renouvelé de justice entre tous et entre toutes les générations, il est proposé d'adopter dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale une mesure d'équité portant sur le financement des dépenses relevant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Signe des acquis de notre système de retraite, le phénomène de convergence des niveaux de vie entre les personnes retraitées et les actifs est attesté par des travaux multiples démontrant que le niveau de vie global de la population retraitée est au moins égal à celui des actifs. En outre, si la différence de taux de prélèvements entre les revenus du travail et les pensions reste ténue dans le bas de l'échelle des revenus, elle devient significative au milieu de cette échelle.

Le présent article propose donc de créer une contribution additionnelle de solidarité sur les pensions de retraite et d'invalidité. Son taux sera limité à 0,15 point en 2013, puis à 0,3 point à compter de 2014. Les personnes dont les revenus sont modestes et notamment celles qui perçoivent le « minimum vieillesse » en seront exonérées.

Les ressources provenant de cette contribution (soit 700 M€ à partir de 2014) seront attribuées à la CNSA et constitueront une des mesures de financement de la future réforme de la dépendance annoncée par le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale. Dans l'attente de cette réforme et compte tenu des besoins immédiats du fonds de solidarité vieillesse, dont la situation s'avère nettement plus dégradée que dans les projections présentées à l'occasion des mesures retraites de 2010, le produit de la contribution sera affecté à ce fonds, soit une recette exceptionnelle pour 2013 de 350 M€ pour celui-ci.

Il s'agit d'une première étape dans la construction d'une réponse globale à l'enjeu majeur que constitue, pour les aînés comme pour leurs familles, la perte d'autonomie.

Article 17

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

1° La section 10 du chapitre I^{er} du titre VIII du livre III est abrogée ;

2° Le chapitre II du titre VIII du livre III est complété par une section 3 ainsi rédigée :

« Section 3 « Titulaires de mandats locaux

« Art. L. 382-31. - Les élus des collectivités territoriales mentionnées à l'article 72 de la Constitution dans lesquelles s'applique le régime général, ainsi que les délégués de ces collectivités territoriales membres d'un établissement public de coopération intercommunale, sont affiliés au régime général de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques. Leurs indemnités de fonction sont assujetties aux cotisations de sécurité sociale lorsque leur montant total est supérieur à une fraction fixée par décret de la valeur du plafond défini à l'article L. 241-3. » ;

3° L'article L. 412-8 est ainsi modifié :

a) Après le 15°, il est inséré un 16° ainsi rédigé :

« 16° Les titulaires de mandats locaux. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « et 15° » sont remplacés par les mots : « ,15° et 16° ».

II. - Le code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :

1° A l'article L. 2123-25-2, le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les élus municipaux sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions définies à l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 2123-26 est abrogé ;

3° A l'article L. 2123-27, les mots : « , autres que ceux qui, en application des dispositions de l'article L. 2123-25-2, ont cessé d'exercer leur activité professionnelle, » sont supprimés ;

4° Aux articles L. 2123-29 et au 3° de l'article L. 2321-2, la référence à l'article L. 2123-26 est remplacée par la référence à l'article L. 2123-27 ;

5° L'article L. 2573-8 est ainsi modifié :

a) Au I, les mots : « à L. 2123-26 » sont supprimés ;

b) Le III est supprimé ;

c) Au IV, la référence à l'article L. 2123-26 est remplacée par la référence à l'article L. 2123-27 ;

6° A l'article L. 3123-20-2, le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les membres du conseil général sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions définies à l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale. » ;

7° L'article L. 3123-21 est abrogé ;

8° A l'article L. 3123-22, les mots : « autres que ceux visés à l'article L. 3123-21 » sont supprimés ;

9° Au 3° de l'article L. 3321-1, la référence à l'article L. 3123-21 est remplacée par la référence à l'article L. 3123-22 ;

10° Au deuxième alinéa de l'article L. 3542-1, les mots : « et les cotisations au régime de retraite des élus en application de l'article L. 3123-21 mentionnées au 3° de l'article L. 3321-1, » sont supprimés ;

11° A l'article L. 4135-20-2, le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les membres du conseil régional sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions définies à l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale. » ;

12° L'article L. 4135-21 est abrogé ;

13° A l'article L. 4135-22, les mots : « autres que ceux visés à l'article L. 4135-21 » sont supprimés ;

14° A l'article L. 4135-25, la référence à l'article L. 4135-21 est remplacée par la référence à l'article L. 4135-22 ;

15° A l'article L. 4321-1, la référence à l'article L. 4135-21 est remplacée par la référence à l'article L. 4135-22 ;

III. - Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2013.

Exposé des motifs

Compte tenu des règles actuelles d'affiliation à la sécurité sociale des élus locaux et du régime d'assujettissement aux cotisations sociales des indemnités versées en raison de leurs fonctions, ceux-ci ne disposent pas tous d'une couverture sociale complète. La plupart des élus ne gagne pas de droits à retraite sur les indemnités perçues et ne bénéficie pas de prestations au titre des accidents du travail et maladies professionnelles.

Cette situation est liée aux particularités suivantes :

- aucune cotisation d'allocations familiales et d'accident du travail-maladies professionnelles n'est prélevée, avec des conséquences différentes en matière d'accès aux droits. Si les élus bénéficient bien des prestations familiales comme toutes les personnes résidant en France, ils ne sont pas couverts spécifiquement face au risque d'AT/MP ;

- pour les autres risques, seules les indemnités versées aux maires et adjoints aux maires des villes de plus de 20 000 habitants, ainsi que celles perçues par les présidents et vice-présidents ayant délégation de signature des conseils généraux, régionaux et des EPCI, sont assujetties ;

- les cotisations sociales ne sont prélevées qu'à la condition que l'élue ait cessé toute activité professionnelle parallèle à son mandat et qu'il ne soit plus affilié à un régime obligatoire à un autre titre (notamment un mandat parlementaire).

Suivant les cas et pour des situations pourtant similaires, les indemnités versées aux élus peuvent être ou non considérées comme des éléments entrant dans l'assiette des cotisations sociales.

En conséquence, le présent article propose d'affilier à la sécurité sociale l'ensemble des élus pour la totalité des risques et d'assujettir uniformément aux cotisations sociales, y compris celles finançant les branches famille et AT-MP, leurs indemnités (hors celles représentatives de frais), dès lors que leur montant sera supérieur à une fraction, fixée par décret, du plafond annuel de la sécurité sociale (36 372 € en 2012).

Cette mesure s'inscrit dans la démarche visant à rendre progressivement homogène la couverture sociale de l'ensemble de la population, en permettant d'accroître les prestations dont bénéficient les élus.

Dans le prolongement de l'affiliation des élus locaux au régime général de la sécurité sociale, il est également prévu d'étendre aux élus affiliés au titre de leur mandat la possibilité d'adhérer au régime de retraite par rente.

Article 18

Le I de l'article 28 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Après les mots : « maternité et décès », sont insérés les mots : « , à l'exception des prestations en espèce prévues au 5° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale, » ;

b) Il est inséré après la première phrase une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, les dispositions de l'article L. 131-9 du même code leur restent applicables. » ;

2° A la dernière phrase du troisième alinéa, les mots : « des assurances maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale à la charge des employeurs en application des articles L. 241-1 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « à la charge de l'État fixé en application de l'article L. 712-9 du code de la sécurité sociale ».

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit l'intégration du régime spécial d'assurance maladie de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) au régime général de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2013. A compter de cette date, les salariés et anciens salariés de la CCIP seront affiliés ou pris en charge par le régime général pour les prestations en nature servies au titre des risques maladie, maternité, invalidité et décès.

Le présent article prévoit que les taux de cotisation afférents aux salariés ainsi intégrés seront, à terme, identiques à ceux acquittés pour les fonctionnaires de l'Etat qui sont affiliés selon les mêmes modalités au régime général d'assurance maladie.

Article 19

Au troisième alinéa du V de l'article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, les mots : « 10 % et 20 % » sont remplacés par les mots : « 15 % et 25 % ».

Exposé des motifs

La contribution tarifaire d'acheminement, prévue par la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux industries électriques et gazières, finance une partie des droits spécifiques du régime spécial d'assurance-vieillesse de cette branche. Elle est composée de 4 taux assis sur les tarifs fixes de distribution et de transport de l'électricité et du gaz. Ces taux, déterminés par arrêté interministériel, sont compris dans une fourchette fixée par la loi.

Les projections financières établies par la Caisse Nationale des industries électriques et gazières montrent que, dès 2013, les taux actuels ne permettront plus de couvrir les charges. En l'absence de relèvement, l'équilibre du régime et la neutralité financière de son adossement au régime général seraient menacés. L'impact de la hausse proposée sera très modéré pour les consommateurs d'électricité ou de gaz (entre 10 et 40 centimes par mois).

Pour l'un des quatre taux, concernant le secteur de la distribution du gaz, l'augmentation nécessaire pour couvrir le besoin de financement des droits du régime conduirait à dépasser le plafond prévu par la loi. Le présent article procède donc au relèvement de ce plafond afin d'assurer le financement du régime spécial.

Article 20

I. - L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° Des indemnités de licenciement, de mise à la retraite ainsi que de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi qui sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ; »

2° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sont également soumises à cette contribution les indemnités versées à l'occasion de la rupture conventionnelle mentionnée aux articles L. 1237-11 à L. 1237-15 du code du travail, pour leur part exclue de l'assiette de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 en application du 5° du II de l'article L. 136-2. »

II. - Au 5° du II de l'article L. 136-2 du même code, avant les mots : « Les indemnités de licenciement », sont insérés les mots : « Indépendamment de leur assujettissement à l'impôt sur le revenu, ».

III. - La seconde colonne intitulée « Pour les rémunérations ou gains soumis à la contribution de 20 % » du tableau de l'article L. 137-16 du même code est ainsi modifiée :

1° Les mots : « 5 points » sont remplacés par les mots : « 6,1 points » ;

2° Les mots : « 6 points » sont remplacés par les mots : « 5,6 points » ;

3° Les mots : « 9 points » sont remplacés par les mots : « 8,3 points ».

Exposé des motifs

Créé par la loi du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail sur la base du contenu de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008, le dispositif de rupture conventionnelle permet à l'employeur et au salarié de convenir d'un commun accord des conditions de la rupture du contrat de travail qui les lie. Ce mode de rupture à l'amiable obéit à une procédure spécifique, qui inclut un entretien entre les deux parties et une homologation de la convention. Il ouvre droit au bénéfice de l'allocation d'assurance chômage, dans les conditions de droit commun.

Les indemnités versées à l'occasion de la rupture conventionnelle homologuée bénéficient d'une exclusion de l'assiette des cotisations sociales, dans des conditions identiques à celles applicables à un certain nombre d'autres indemnités de rupture (indemnités de licenciement, de départ à la retraite ou de départ volontaire dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi). Aucune cotisation sociale n'est due sur la part de l'indemnité inférieure à deux fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 72 744 € en 2012, et aucune contribution sociale (CSG et CRDS) n'est due sur la part inférieure au montant légal ou conventionnel.

La capacité de ce dispositif à « sécuriser les conditions dans lesquelles l'employeur et le salarié peuvent convenir en commun des conditions de la rupture du contrat de travail qui les lie », selon les termes de l'article 12 de l'ANI, ses moindres effets de réputation négative pour les deux parties ainsi que, par ailleurs, le régime social dont il a été assorti et qui consiste en un alignement sur les règles de prélèvement applicables aux indemnités de licenciement, sont à l'origine de son succès important. Ces éléments, qui conduisent ainsi à un coût global réduit, comparativement aux autres modes de rupture pour lesquels le juge prud'homal est souvent appelé à se prononcer, expliquent le très fort développement de la rupture conventionnelle : plus de 20 000 sont homologuées chaque mois depuis 2009 et leur nombre total approche un million depuis la mise en place du dispositif.

Or, l'alignement total du régime social des indemnités de rupture conventionnelle sur celui des autres indemnités de rupture est discutable : les ruptures conventionnelles, à la différence de la plupart des autres indemnités de rupture, ne résultent pas de décisions unilatérales de l'employeur.

Dans la mesure où, par ailleurs, le succès de ce dispositif est assuré, il paraît pertinent d'internaliser au sein de l'entreprise une partie des économies associées au dispositif en tenant compte du fait que les ruptures conventionnelles ne résultent pas de décisions unilatérales et ne sont donc pas assimilables en tout point aux indemnités de licenciement.

La mesure proposée vise à renforcer la contribution des employeurs et à l'affecter au financement de notre système de protection sociale, en assujettissant au forfait social la part des indemnités de rupture conventionnelle inférieure au plafond actuel d'exonération des cotisations sociales (soit deux plafonds de la sécurité sociale). Les indemnités au-delà de ce seuil resteront assujetties aux cotisations employeurs de droit commun. La mesure est sans impact sur les prélèvements acquittés par les salariés.

L'article clarifie en outre la lecture des dispositions propres à la CSG applicable aux indemnités de rupture : en effet, le fait que l'assujettissement à la CSG ne soit pas conditionné à celui prévu pour l'impôt sur le revenu découle de l'articulation des différentes dispositions législatives du code de la sécurité sociale et du code général des impôts mais n'est pas explicite à la lecture des dispositions du seul code de la sécurité sociale.

Le rendement de l'assujettissement au forfait social des indemnités de rupture conventionnelle, évalué à 330 M€, est affecté à la branche maladie du régime général de façon à conforter le redressement des comptes de cette dernière.

Article 21

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

1° Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 862-2 sont remplacés par les six alinéas suivants :

« a) Par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

« Le remboursement est effectué, dans la limite des sommes mentionnées au précédent alinéa, sur la base d'un forfait annuel par bénéficiaire dont le montant est fixé par décret. Ce forfait est revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année du niveau de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

« Le remboursement effectué à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application du précédent alinéa est majoré, dans la même limite, d'un versement du fonds permettant la prise en compte du niveau plus important des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 du fait des dispositions de l'article L. 861-6.

« Le fonds transmet au Gouvernement, au plus tard le 1^{er} septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

« Les modalités d'application du présent *a* sont précisées par décret ;

« b) Par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1. » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 862-3 est supprimé ;

3° Le III de l'article L. 862-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *III.* - Les modalités des remboursements prévus aux *a* et *b* de l'article L. 862-2 sont précisées par décret. » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 862-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« La taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds institué à l'article L. 862-1, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés. » ;

5° A l'article L. 862-6, les mots : « au plus tard le dernier jour du premier mois du trimestre considéré. Le fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant. » sont remplacés par les mots : « dans des conditions fixées par décret. » ;

6° Le *a* de l'article L. 862-7 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *a*) Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 ou au calcul des demandes de remboursements mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 862-2 ; ».

II. - A titre exceptionnel en 2013, la majoration du remboursement effectué à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application des dispositions du 1° du I du présent article tient compte des sommes engagées par la caisse au titre des exercices 2013 et 2012 dans la limite du résultat comptable du fonds en 2013.

Exposé des motifs

La protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMUc) constitue un dispositif essentiel pour l'accès aux soins des personnes les plus modestes. Pourtant, aujourd'hui, son financement par le Fonds CMU, créé à cet effet par la loi du 27 juillet 1999, n'est dans les faits que partiel. En l'absence de réforme, la caisse nationale de l'assurance maladie, qui assure la gestion du dispositif pour plus de 80 % des bénéficiaires, enregistre un reste à charge qui, sans se traduire directement dans les comptes du Fonds CMU, est croissant et atteindrait toutes choses égales par ailleurs près de 500 M€ à l'horizon 2016. La mission confiée initialement au Fonds de couvrir les dépenses de santé de la couverture maladie universelle complémentaire n'est pas ainsi respectée et la représentation nationale est privée d'une vision complète de l'effort public engagé en faveur de ce dispositif de solidarité et des moyens d'un pilotage efficace de celui-ci.

Dans l'objectif d'assurer un financement soutenable pour ce dispositif, le Gouvernement a proposé de diversifier les ressources du Fonds CMU, par l'affectation à ce dernier dans le projet de loi de finances pour 2013 du produit des taxes sur les boissons à sucre ajouté et contenant des édulcorants, lesquelles présentent un lien fort avec des enjeux de santé publique et des dépenses évitables de soins.

Cet effort de près de 360 M€ permettra de réexaminer et rationaliser les modalités de remboursement aux organismes gestionnaires des dépenses de CMUc. D'une part, le forfait sur la base duquel les organismes sont remboursés et qui demeure figé au montant annuel de 370 euros par bénéficiaire depuis 2009 sera revalorisé à 400 euros (montant fixé par voie réglementaire) puis indexé sur la progression de l'inflation, et ce afin d'éviter une progressive déconnexion entre l'évolution de ce montant forfaitaire et celui de la dépense réelle moyenne. D'autre part, les remboursements du Fonds CMU seront plafonnés à hauteur des dépenses réelles enregistrées et obligatoirement communiquées au Fonds par les organismes gestionnaires, afin d'éviter tout comportement d'optimisation et de garantir que chaque euro public dépensé au titre de la CMUc sera bien mobilisé à ce titre.

La CNAMTS est placée dans une situation particulière par rapport aux autres organismes gestionnaires du mécanisme de la CMUc, étant l'assureur en dernier ressort. Cela l'amène à couvrir environ 80 % de la population concernée, avec un coût moyen annuel par bénéficiaire supérieur d'environ 65 euros en 2011 à celui affiché par les organismes complémentaires. Elle bénéficiera donc, dans la limite de ses dépenses réelles, d'un versement complémentaire du Fonds CMU, lequel affichera dès lors un résultat nul tant que la CNAMTS enregistrera un reste à charge au titre de la gestion du dispositif.

Dans le prolongement de ces évolutions et en vue de l'information du Parlement *via* les documents annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale, le présent article prévoit l'information du Gouvernement chaque année sur la situation réelle du financement du dispositif et un renforcement du contrôle de la dépense du fonds.

Article 22

I. - L'article 575 du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 575. - Les tabacs manufacturés vendus au détail ou importés dans les départements de la France continentale sont soumis à un droit de consommation.

« Le droit de consommation sur les tabacs comporte une part spécifique par unité de produit ou de poids et une part proportionnelle au prix de vente au détail.

« La part proportionnelle résulte de l'application du taux proportionnel au prix de vente au détail. La part spécifique pour mille unités ou mille grammes résulte de l'application du taux spécifique à la classe de prix de référence. Le taux proportionnel est égal à la différence entre le taux normal et le taux spécifique. Le taux normal et le taux spécifique sont définis, par groupe de produits, à l'article 575 A.

« La classe de prix de référence d'un groupe de produits correspond au prix moyen pondéré de vente au détail exprimé pour mille unités ou mille grammes et arrondi à la demi-dizaine d'euros immédiatement supérieure.

« Le prix moyen pondéré de vente au détail est calculé par groupe de produits en fonction de la valeur totale de l'ensemble des unités mises à la consommation, basée sur le prix de vente au détail toutes taxes comprises, divisée par la quantité totale mise à la consommation.

« Le prix moyen pondéré de vente au détail et la classe de prix de référence sont établis pour chaque groupe de produits au plus tard le 31 janvier de chaque année, sur la base des données concernant toutes les mises à la consommation effectuées l'année civile précédente, par arrêté du ministre chargé du budget.

« Le montant du droit de consommation applicable à un groupe de produits ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé par 1 000 unités ou 1 000 grammes, majoré de 10 % pour les produits dont le prix de vente est inférieur à 94 % de la classe de prix de référence du groupe considéré. Ce dernier pourcentage est fixé à 84 % pour les cigares et cigarillos.

« Lorsque la classe de prix de référence d'un groupe de produits est inférieure de plus de 3 % à la moyenne des prix homologués de ce groupe, les pourcentages de 94 % et 84 % mentionnés au précédent alinéa peuvent être respectivement augmentés jusqu'à 110 % et 100 % au titre de l'année en cours par arrêté du ministre chargé du budget.

« Lorsque le prix de vente au détail homologué d'un produit est inférieur à 95 % du prix moyen des produits du même groupe constaté par le dernier arrêté de prix, le montant des minimums de perception prévu à l'article 575 A peut être relevé par arrêté du ministre chargé du budget, dans la limite de 25 %. »

II. - L'article 575 A du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 575 A. - Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, les taux de la part proportionnelle et de la part spécifique sont fixés conformément au tableau ci-après :

Groupe de produits	Taux normal	Taux spécifique
Cigarettes	64,25 %	12,5 %
Cigares et cigarillos	28 %	5 %
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	60 %	30 %
Autres tabacs à fumer	55 %	10 %
Tabacs à priser	50 %	0 %
Tabacs à mâcher	35 %	0 %

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 195 € pour 1 000 cigarettes et à 90 € pour 1 000 cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 125 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes et à 70 € pour les autres tabacs à fumer. »

III. - Les I et II s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2013.

A compter du 1^{er} juillet 2013, le tableau annexé au premier alinéa de l'article 575 A du code général des impôts est ainsi modifié :

1° A la deuxième ligne, les taux de 64,25 % et 12,5 % mentionnés aux deuxième et troisième colonnes sont respectivement fixés à 64,7 % et 15 % ;

2° A la quatrième ligne, le taux de 60 % mentionné à la deuxième colonne est fixé à 62 %.

Exposé des motifs

Les conséquences de la consommation de tabac en font la première cause de mortalité évitable en France. En effet, le tabagisme actif est considéré comme responsable de 90 % des cancers du poumon et de près de 73 000 décès prématurés chaque année selon une étude récente. Le cancer du poumon est devenu, récemment, la 2^e cause de mortalité par cancer chez les femmes.

Le dernier baromètre santé de l'INPES montre que depuis 2008 la prévalence globale du tabagisme a augmenté de 2 points alors qu'elle n'avait cessé de diminuer depuis la loi Evin. Les évolutions sont encore plus défavorables pour un certain nombre de catégories de personnes sensibles : ainsi, la prévalence a augmenté de 5 points chez les femmes enceintes, de 7 points chez les bénéficiaires de la CMU et de 1 point chez les jeunes. Parmi les pays Européens, c'est en France que les femmes fument le plus (27 %) et qu'elles fument le plus pendant leurs grossesses (17 %). Le constat et les perspectives dans ce domaine sont extrêmement graves.

Le Gouvernement souhaite promouvoir une politique ambitieuse en matière de prix, considérant que l'accessibilité financière de ces produits est un facteur déterminant de réduction de la prévalence. Il souhaite en conséquence adapter la fiscalité de l'ensemble des produits de tabac, ce qui assurera en outre que la hausse des prix profitera davantage aux finances sociales qu'aux industriels du tabac. Il convient d'accompagner cette orientation par une lutte plus efficace contre les phénomènes de contrebande.

La présente réforme a pour objet :

- de simplifier et de clarifier la fiscalité applicable aux tabacs. A ce titre il prévoit :
 - d'étendre à tous les produits du tabac, les mécanismes fiscaux actuellement appliqués à la cigarette ;
 - de simplifier le mode de calcul de la part spécifique qui est l'une des deux composantes – en l'occurrence celle qui est proportionnelle aux volumes – de fixation des droits de consommation. Cette dernière découlerait directement d'un taux appliqué à la classe de prix de référence plutôt que de la charge fiscale totale afférente au produit de la classe de prix de référence ;
 - et de transposer à l'article 575 A du code des douanes les modifications introduites à l'article 575 du CGI sur la structure de la fiscalité des produits du tabac.

En outre, les minima de perception figurant à l'article 575 A du CGI applicables aux cigarettes, cigares/cigarillos et aux tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes seront augmentés dans la même proportion que la hausse des prix intervenue le 1^{er} octobre 2012.

- d'augmenter, à mi-année, les taux du droit de consommation applicables aux cigarettes et au tabac à rouler afin d'accroître les recettes de la sécurité sociale et d'accompagner une politique de hausse des prix visant à réduire le taux de prévalence tabagique dans la population.

A compter du 1^{er} juillet 2013, le taux normal du droit de consommation sur les cigarettes est relevé de 64,25 % à 64,7 % et le taux spécifique de 12,5 % à 15 %. Le taux normal du droit de consommation applicable au tabac à rouler est relevé de 60 % à 62 %. Ces augmentations de taux visent, par leurs effets induits, à faire reculer la prévalence tabagique et à faire bénéficier en premier lieu la protection sociale des effets de l'augmentation de la valeur du marché du tabac.

Article 23

I. - Le I de l'article 520 A du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, le montant : « 1,38 » est remplacé par le montant : « 3,60 » ;

2° Au quatrième alinéa, le montant : « 2,75 » est remplacé par le montant : « 7,20 » ;

3° Au septième alinéa, le montant : « 1,38 » est remplacé par le montant : « 3,60 » ;

4° Au huitième alinéa, le montant : « 1,64 » est remplacé par le montant : « 4,32 » ;

5° Au neuvième alinéa, le montant : « 2,07 » est remplacé par le montant : « 5,40 ».

II. - L'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 9° Une fraction égale à 39 % du produit du droit spécifique sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts. »

III. - Au 4° *bis* de l'article L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « Le produit » sont remplacés par les mots : « Une fraction égale à 61 % du produit ».

Exposé des motifs

Le prix d'accès à la bière est peu élevé ce qui, en termes de santé publique, affaiblit l'efficacité des leviers dont disposent les pouvoirs publics pour réduire la consommation d'alcool en France. Suite à la forte hausse de la fiscalité applicable aux spiritueux dans le cadre de la LFSS pour 2012, une partie de la consommation a pu en particulier se reporter sur la bière du fait de son prix relatif.

Par ailleurs, le tarif du droit spécifique aujourd'hui applicable à ces produits classe la France au 22^e rang parmi les 27 pays membres de l'Union Européenne.

Pour ces raisons, le présent article prévoit une augmentation du tarif du droit spécifique à la bière. Pour les bières dont le degré alcoométrique excède 2,8°, le tarif du droit spécifique, qui est actuellement de 2,75 € par degré par hectolitre (ce qui correspond à environ 3 centimes pour un verre de bière ordinaire titrant 4,5°) est porté à 7,20 € (soit 5 centimes de plus pour ce même verre). Cette hausse du tarif portera la France au 10^e rang européen. Néanmoins, l'intensité du prélèvement demeurera très inférieure à ce qu'elle est chez certains de nos principaux voisins : moins de 10 % du tarif applicable aux Pays-Bas, 30 % du tarif applicable en Espagne ou au Royaume-Uni, 50 % de celui applicable en Irlande par exemple.

Le rendement de cette hausse du tarif, estimé à 480 M€, sera affecté, à hauteur de 150 M€, à la branche vieillesse du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, de façon à renforcer la soutenabilité financière de leur système de retraite, et pour la part restante, à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). A cette fin, les II et III du présent article procèdent à l'ajustement des clefs de répartition du droit spécifique sur les bières.

Article 24

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

A. - L'article 1600-0 N est ainsi modifié :

1° Le I est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. - Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui assurent en France l'exploitation, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, et la vente de médicaments et de produits de santé mentionnés au II du présent article, sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

2° Le V est remplacé par les dispositions suivantes :

« V. - Le fait générateur et l'exigibilité de la taxe interviennent lors de la vente de chaque médicament ou produit de santé mentionné au II. »

B. - L'article 1635 *bis* AE est modifié ainsi qu'il suit :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Le 6° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 6° Demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité, mentionné aux articles L. 5122-8, L. 5122-9 et L. 5122-14 du même code ; »

b) Le 7° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 7° Demande d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation de publicité, mentionnée aux articles L. 5213-4 et L. 5223-3 du même code. » ;

2° Le III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « et la publicité mentionnée au 7° du I est réputée non déposée » sont supprimés ;

b) Au second alinéa, les mots : « ou que la publicité mentionnée au 7° du même I est déposée » sont supprimés.

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

1° A l'article L. 138-4, les mots : « le 1^{er} septembre » sont remplacés par les mots : « le 1^{er} juin », les mots : « au 31 mars de l'année suivante » par les mots : « au 1^{er} mars de l'année suivante » et les mots : « pendant l'année civile et déclaré le 15 février de l'année suivante » par les mots : « au cours de l'année civile » ;

2° A l'article L. 138-12, les mots : « 1^{er} décembre de l'année » sont remplacés par les mots : « 1^{er} mars de l'année suivant celle » ;

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

a) Au premier alinéa, les mots « le 30 juin » sont remplacés par les mots : « le 1^{er} juin » ;

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

« La part de la contribution mentionnée au c de l'article L. 138-11 fait l'objet d'un versement provisionnel au plus tard le 1^{er} juin de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ce versement provisionnel est assis sur les sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1^{er} mars précédent. Ce montant est régularisé le 1^{er} juin de l'année suivant l'année au cours de laquelle est effectué le versement provisionnel. Cette régularisation est établie sur la base des sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1^{er} mars précédant cette date. » ;

4° A l'article L. 245-5-1 A, les mots : « le 1^{er} décembre de chaque année » sont remplacés par les mots : « le 1^{er} mars de l'année suivante » ;

5° A l'article L. 245-5-5, les mots : « le 1^{er} décembre de chaque année » sont remplacés par les mots : « le 1^{er} mars de l'année suivante » ;

6° Au quatrième alinéa de l'article L. 245-6, les mots : « le 15 avril de l'année au titre de laquelle elle est due » sont remplacés par les mots : « le 1^{er} juin de l'année au titre de laquelle elle est due » et les mots : « au 15 avril de l'année suivante » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} mars de l'année suivante ».

Exposé des motifs

Le présent article propose des mesures de sécurisation juridique et de simplification des modalités déclaratives et de paiement des prélèvements spécifiques portant sur des produits de santé.

Ainsi, le A du I vise à clarifier la rédaction de l'article 1600-0 N du code général des impôts (CGI) relatif à la taxe sur les premières ventes de médicaments en précisant que le redevable de la taxe est l'entreprise assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, des médicaments et des produits de santé définis au II de l'article 1600-0 N du CGI. Ainsi se trouve précisé que les personnes qui interviennent dans le circuit de production (ex. : façonniers, sous-traitants) ou de distribution des médicaments et produits de santé concernés (ex. : grossistes-répartiteurs) ne sont pas redevables de la taxe.

La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a introduit des dispositions permettant de mieux encadrer la publicité pour les dispositifs médicaux (DM) et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV) les plus à risque. Comme pour les médicaments à usage humain, la publicité en faveur de certains DM et DMDIV doit désormais faire l'objet d'une autorisation préalable de la part de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Il est proposé d'instaurer un droit d'enregistrement sur ces demandes d'autorisation, comme il existe pour les médicaments. Par ailleurs, la loi précitée conduit à utiliser les termes d' « autorisations préalables de publicité » en lieu et place des termes « dépôts de publicité ». Tel est l'objet du B du I.

Le II de l'article vise à harmoniser les modalités de déclaration et de paiement de cinq taxes pharmaceutiques recouvrées par les URSSAF afin d'en simplifier la gestion, tant pour les redevables que pour les services en charge du recouvrement.

Article 25

Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2013 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 2013. Elle sécurise l'atteinte des objectifs exigeants du Gouvernement pour 2013 en matière de maîtrise des dépenses de médicaments remboursables.

Article 26

Est approuvé le montant de 3,1 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 2013.

Exposé des motifs

Le présent article approuve le montant de crédits budgétaires ouverts par le projet de loi de finances pour 2013 pour couvrir les dispositifs compensés d'exonération, de réduction ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale. Fixé à 3,1 Md€, ce montant est en baisse de 0,6 % par rapport à 2012. Cette évolution traduit les choix du Gouvernement en faveur du recentrage à compter de l'exercice 2013 de certains dispositifs d'exonérations ciblées (travailleurs occasionnels - demandeurs d'emploi dans le secteur agricole, auto-entrepreneurs et salariés créateurs repreneurs d'entreprises), de façon à en maximiser la pertinence et les effets.

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 2013, les sommes correspondantes s'élèveraient en prévision (données en encaissement-décaissement) aux montants suivants :

- 20,8 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 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 ;

- 0,5 Md€ pour le montant des 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 ;

- 3,1 Md€ pour le montant des exonérations restant à la charge de la sécurité sociale ;

- 48,7 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 34,1 Md€ de cotisations ou contributions.

Section 2
Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 27

Pour l'année 2013, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et par branche à :

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de recettes
Maladie	185,0
Vieillesse	213,2
Famille	55,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	457,1

2° Pour le régime général de sécurité sociale et par branche à :

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de recettes
Maladie	159,9
Vieillesse	111,3
Famille	55,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	329,0

3° Pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale à :

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de recettes
Fonds solidarité vieillesse	16,7

Exposé des motifs

Les prévisions de recettes pour l'année 2013 s'établissent à 457,1 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en hausse de 4 % par rapport au niveau de l'exercice 2012.

Avec une hypothèse de progression de la masse salariale du secteur privé de 2,3 %, laquelle constitue le principal déterminant de la dynamique des ressources de la sécurité sociale, cette augmentation de 4 % traduit l'effort de consolidation des comptes sociaux porté par le Gouvernement dans le cadre plus général de la stratégie d'assainissement des finances publiques, qui prévoit une concentration des mesures en recettes sur les exercices 2012 et 2013 compte tenu de leurs effets plus immédiats que les économies en dépenses.

Dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale, l'effort en recettes associé aux lois financières pour 2013 est estimé à 4,6 Md€, qui s'ajoutent aux 5,6 Md€ déjà acquis en application des dispositions de la loi de finances rectificative du 16 août 2012.

La stratégie mise en œuvre par le Gouvernement est structurée autour de plusieurs objectifs : l'amplification du caractère incitatif de la fiscalité sociale en renforçant la taxation de comportements à risque (tabagisme, consommation de boissons alcoolisées) ; la réduction des niches sociales (suppression de l'assiette forfaitaire pour les services à la personne, forfait social sur les ruptures conventionnelles) ; le renforcement de l'équité du prélèvement entre les différentes formes de rémunérations (indépendants, *carried interests*). Elle vise également à assurer la soutenabilité financière de certains régimes de retraite, parmi lesquels celui des professions libérales ainsi que celui des agents des collectivités locales.

Article 28

Pour l'année 2013, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

	(en milliards d'euros)		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	185,0	190,1	-5,1
Vieillesse	213,2	218,6	-5,4
Famille	55,9	58,6	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,3	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	457,1	469,8	-12,7

Exposé des motifs

Le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base s'élève en prévision pour 2013 à -12,7 Md€, soit une amélioration de 2,4 Md€ par rapport à 2012. En sus de l'effort en recettes important détaillé plus haut, ce redressement est le fruit d'une progression maîtrisée des dépenses, en particulier dans le champ de la santé avec une évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie contenue à 2,7 % en 2013.

Dans ces conditions, le déficit de la branche maladie est réduit de 0,4 Md€ par rapport à 2012 pour s'établir à 5,1 Md€. La branche accidents du travail – maladies professionnelles renoue, sous l'effet notamment d'une hausse limitée des cotisations patronales, avec des comptes excédentaires, qui lui permettront d'apurer progressivement les déficits cumulés passés. S'agissant de la branche vieillesse qui bénéficie d'une part importante de l'effort en recettes effectué depuis la loi de finances rectificative du 16 août 2012 en faveur de la sécurité sociale, son solde est amélioré en prévision de 1,7 Md€. La branche famille, qui bénéficie d'un effort de près de 0,7 Md€ de recettes nouvelles en 2013, présente pour sa part un déficit prévisionnel de 2,6 Md€, contre 2,5 Md€ pour 2012.

Article 29

Pour l'année 2013, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

	(en milliards d'euros)		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	159,9	165,0	-5,1
Vieillesse	111,3	115,3	-4,0
Famille	55,5	58,1	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2	11,9	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	329,0	340,4	-11,4

Exposé des motifs

Le solde du régime général s'établit en prévision pour 2013 à - 11,4 Md€, soit une amélioration de 1,9 Md€ par rapport à 2012 et un effort de redressement de près de 5 Md€ par rapport à la trajectoire tendancielle avant mesures nouvelles.

Inscrivant le régime général dans une trajectoire résolue de retour à l'équilibre tout en permettant de renforcer l'équité du système de protection sociale, la stratégie du Gouvernement repose sur un effort particulier en recettes pour les exercices 2012 et 2013, auquel est associée la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Article 30

Pour l'année 2013, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)			
	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,7	19,3	-2,6

Exposé des motifs

Les comptes du Fonds de solidarité vieillesse, qui présentaient depuis plusieurs années une situation structurellement déséquilibrée, s'améliorent sous l'action du Gouvernement de près de 40 % par rapport à 2012, le déficit prévisionnel pour 2013 s'établissant à 2,6 Md€.

Dans le cadre de la politique conduite en faveur de la consolidation de la trajectoire financière du système de retraite, le Fonds bénéficie d'un apport significatif de recettes supplémentaires, qu'il s'agisse de la loi de finances rectificative du 16 août 2012 (en particulier, majoration du forfait social) ou encore des mesures prévues par le présent projet de loi (la création d'une contribution additionnelle de solidarité sur les pensions de retraite, ainsi que la réforme pour plus d'équité des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants, qui conduit, en diminuant le besoin de financement du régime social des indépendants, à libérer au profit du fonds une part plus importante de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés).

Article 31

I. - Pour l'année 2013, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 12,4 milliards d'euros.

II. - Pour l'année 2013, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de recettes
Impositions, taxes et autres contributions sociales	0
Total	0

III. - Pour l'année 2013, 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
Impositions, taxes et autres contributions sociales	0,2
Total	0,2

Exposé des motifs

En prévision, la CADES aura amorti 12,4 Md€ de dette supplémentaire sur l'année 2013. Ce résultat porterait le total de la dette amortie depuis la création de la CADES à 84,1 Md€, soit plus de 38 % de la dette cumulée reprise à fin 2013.

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Fonds de réserve pour les retraites ne recevra aucun abondement en 2013, ses ressources courantes ayant été transférées, depuis 2011, soit à la CADES pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la CNAV et du FSV, soit directement au FSV.

Compte tenu du transfert à la CNAV de 0,2 point de prélèvement social sur le capital, le Fonds de solidarité vieillesse bénéficiera de 0,2 Md€ en prévision pour 2013 au titre du financement à compter de 2016 du maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à 65 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 0,9 Md€ le montant des sommes mises en réserve depuis 2011.

Article 32

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2013 à 2016), 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 33**

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

1° L'article L. 723-11 est ainsi modifié :

a) Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; »

b) Il est complété par un 12° ainsi rédigé :

« 12° D'assurer la gestion commune de la trésorerie des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 ainsi que celle des groupements mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-14. L'individualisation de la trésorerie des différentes branches des régimes des salariés et des non salariés agricoles est assurée par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable, dans des conditions fixées par décret. » ;

2° Au troisième alinéa de l'article L. 726-2, après les mots : « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article », la fin de la phrase est supprimée ;

3° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « prestations d'assurance maladie, » sont remplacés par les mots : « assurances maladie, » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

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

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

4° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des prestations d'assurance vieillesse » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

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

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

5° L'article L. 731-10 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase du premier alinéa est remplacée par la phrase suivante :

« Le taux de ces cotisations est fixé par décret. » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

6° L'article L. 731-13 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « techniques et complémentaires » sont supprimés ;

b) Le troisième alinéa est supprimé ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 731-38, les mots : « , pour la couverture des risques assurés et des dépenses complémentaires y afférentes, » sont supprimés ;

8° Le deuxième alinéa de l'article L. 731-45 est supprimé ;

9° L'article L. 741-1 est ainsi modifié :

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

« Le taux de ces cotisations est fixé selon les modalités prévues aux articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, sauf dérogations prévues par décret. » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

10° L'article L. 762-11 est abrogé ;

11° L'article L. 762-12 est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;

b) Dans la seconde phrase, les mots : « au règlement des prestations prévues à l'article L. 762-6, ainsi que les conditions dans lesquelles sont assurés la couverture des frais de gestion exposés par les caisses et le financement de l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale. » sont remplacés par les mots : « à la couverture de ces charges. » ;

12° A l'article L. 762-21, la deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;

13° L'article L. 762-24 est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;

b) Dans la seconde phrase, les mots : « au règlement des prestations légales ainsi que les conditions dans lesquelles est assurée la couverture des frais de gestion exposés par les caisses » sont remplacés par les mots : « à la couverture de ces charges » ;

14° L'article L. 762-33 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« La cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 varie en fonction de la superficie pondérée de l'exploitation. Un décret fixe les modalités de calcul de cette cotisation. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé.

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

1° L'article L. 134-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 134-6. - L'ensemble des charges et des produits de la branche du régime des salariés agricoles mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime sont retracés dans les comptes des caisses nationales du régime général qui en assurent l'équilibre financier.

« Les modalités d'application du premier alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Ces dispositions ne peuvent en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles. » ;

2° L'article L. 134-9 est abrogé ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 134-11-1, les mots « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code » sont supprimés ;

4° L'article L. 241-6 est ainsi modifié :

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

« Art. L. 241-6. - Les charges de prestations familiales dont bénéficient les salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, ainsi que les charges afférentes à la gestion et au service de ces prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la caisse nationale des allocations familiales qui suit l'exécution de toutes les dépenses.

« Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au précédent alinéa comprennent : » ;

b) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Des cotisations dues par les personnes salariées et non salariées des professions agricoles ; »

III. - 1° Les dispositions du I et des 1°, 3° et 4° du II du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2014 ;

2° Les dispositions du 2° du II du présent article s'appliquent à compter de la compensation calculée pour l'exercice 2012 ;

3° Au 31 décembre 2013, la propriété des réserves antérieurement constituées par les organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime et par le groupement mentionné à l'article L. 731-31 du même code est transférée à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Ce transfert ne donne pas lieu à perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit. Un décret arrête le montant des réserves concernées.

Exposé des motifs

Les recettes actuellement destinées dans chacune des caisses agricoles locales à couvrir à la fois les dépenses de gestion administrative et d'action sociale d'une part et les charges liées au non-recouvrement des cotisations d'autre part évoluent comme le revenu professionnel des agriculteurs et comme la masse salariale agricole, indépendamment du niveau des dépenses qui, pour les premières sont encadrées par le biais de la convention d'objectifs et de gestion (COG) et pour les secondes sont plutôt inversement corrélées aux résultats du secteur agricole.

Ce mécanisme conduit à une déconnexion entre les besoins des organismes et les ressources affectées et ne permet pas d'optimiser la gestion de la trésorerie des régimes par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et de limiter les recours aux emprunts externes dans une période pourtant marquée par un rationnement des concours bancaires.

Dans ce contexte, le présent article porte une réforme d'ampleur visant à pérenniser le financement des moyens de fonctionnement des régimes par l'alignement des règles sur celles des autres régimes de sécurité sociale.

La couverture de l'ensemble des dépenses de gestion administrative, action sociale et contrôle médical, sera désormais assurée, dans le respect du plafond fixé dans le cadre du dialogue conventionnel, par un prélèvement à due concurrence sur les recettes des régimes et non plus par le fléchage ex ante d'une part du produit des cotisations. Dans ces conditions, les caisses locales n'auront plus à supporter sur leurs ressources de gestion la différence entre les cotisations dues et les cotisations encaissées.

Cette réforme, qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2014, sera conduite dans le respect des valeurs et principes qui fondent la mutualité sociale agricole. En particulier, elle maintiendra inchangées les dates d'appel des cotisations des non salariés agricoles qui resteront fixées par les conseils d'administration des caisses locales, et ne limitera en rien par rapport à la situation actuelle les possibilités de soutien de la MSA aux filières en difficulté. Le niveau global des aides apportées via l'adoption d'échéanciers de paiement des cotisations octroyés aux agriculteurs en difficulté, actuellement financés par le Fonds de Solidarité des Crises Agricoles (FSCA), sera en particulier maintenu. La CCMSA déterminera les enveloppes affectées aux filières en difficulté sans qu'il soit nécessaire de les financer par une réserve dédiée.

La MSA disposera en outre d'une marge de manœuvre accrue pour développer ses activités annexes en application de l'avenant du 19 juillet 2012 à sa convention d'objectifs et de gestion.

Aussi, les recettes et dépenses des caisses locales pourront être régies par un règlement interne à la MSA appliquant une notion d'intéressement pour les caisses de MSA les plus performantes.

La présente réforme permet enfin, dès l'exercice 2012, de progresser dans la voie de la rationalisation des transferts financiers entre les régimes de sécurité sociale. Les modalités de calcul du transfert de compensation versé chaque année par le régime général à la branche AT-MP du régime des salariés agricoles pour plus de 100 M€ seront simplifiées, dans le cadre plus général de la démarche de réexamen des mécanismes de compensation inter-régimes qui sont pour la plupart assis sur des règles très anciennes.

Article 34

I. - A titre exceptionnel pour l'année 2013, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut consentir à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, contre rémunération, des avances d'un montant maximal de 250 millions d'euros.

Ces avances font l'objet d'une convention entre l'Agence et la Caisse, soumise pour approbation au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

II. - L'article L. 255-2 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Exposé des motifs

La Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, en charge notamment d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime minier, fait face à des difficultés très importantes. En raison de 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 2012, contre 200 M€ en 2007) – se pose la question de la capacité du régime à honorer durablement l'ensemble de ses engagements. L'actuel contexte de raréfaction des concours bancaires conduit à une impasse en trésorerie dès l'exercice 2013. Dans l'attente des conclusions qui découleront de la consultation récemment lancée avec les partenaires sociaux sur l'avenir du régime, le présent article prévoit ainsi la possibilité de mobiliser un concours de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Cette mobilisation, qui ne relève pas des missions habituelles de l'Agence, se fera dans des conditions strictement limitatives de montant, cohérentes avec la valeur des actifs du régime des mines, et de durée. Elle sera en outre organisée dans le respect des plafonds de trésorerie de l'ACOSS d'une part et du régime des mines d'autre part, tels que fixés par l'article 36 de la présente loi.

Par ailleurs, toujours en matière de trésorerie, le présent article permet la mise en cohérence des actuelles dispositions législatives afférentes à l'organisation de la gestion commune par l'ACOSS de la trésorerie des organismes du régime général avec la démarche de rationalisation et de sécurisation des circuits d'alimentation en trésorerie des caisses locales, telle que mise en œuvre depuis octobre par l'Agence et la Caisse des dépôts et consignations, son partenaire bancaire de référence et teneur de compte. La mention particulière dans la loi de la remontée des sommes encaissées par les Urssaf, par virement, s'avère inutile dans la mesure où le nouveau dispositif d'ensemble mis en place par voie réglementaire prévoit des dispositions plus larges, applicables à l'ensemble des organismes du régime général, qui garantissent, entre autres, ce type d'opérations.

Article 35

Le chapitre IV *bis* du titre I du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 114-5, après les mots : « les organismes concourant à leur financement », sont insérés les mots : « et les organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 114-8, après les mots : « des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes », sont insérés les mots : « et les organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ».

Exposé des motifs

Dans le cadre de l'extension progressive du champ de la certification des comptes des administrations publiques engagée depuis l'adoption de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001, puis de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, le présent article a pour objet de prévoir la certification des comptes par un commissaire aux comptes pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, organisme finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (16 Md€ en 2012).

La mesure vise également à clarifier le référentiel comptable applicable par la caisse, condition préalable à la certification des comptes, en prévoyant l'application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale par cohérence avec les règles appliquées par les régimes d'assurance maladie dont elle retrace dans ses comptes une partie des dépenses.

Article 36

Sont habilités 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	29 500
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 000
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	1 450
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État	30
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	950
Caisse nationale des industries électriques et gazières	400
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	750
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	30

A titre dérogatoire, la Caisse nationale des industries électriques et gazières est autorisée à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 600 millions d'euros du 1^{er} janvier au 31 mars 2013.

Exposé des motifs

Le plafond de recours à des ressources de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 29,5 Md€ pour l'exercice 2013, en hausse limitée de 7,5 Md€ par rapport au montant voté par la représentation nationale pour l'année 2012. Au-delà des mesures de redressement proposées par le Gouvernement, les besoins de trésorerie de l'ACOSS sont contenus sous l'effet de l'opération prévisionnelle de transfert à la CADES des déficits 2012 de la CNAV et du FSV en application des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Le plafond d'emprunt proposé conserve par ailleurs une marge par rapport à un maximum de besoin de financement de trésorerie prévisionnel autour de 27 Md€ de façon à assurer à l'ACOSS la possibilité de faire face aux aléas pesant sur son profil. Enfin, et pour la première fois, le plafond tire les conséquences de la politique de gestion des risques financiers désormais 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, politique qui conduit notamment à l'immobilisation sur des comptes de secours de sommes empruntées au-delà des besoins journaliers pour pallier les éventuels incidents dans les opérations financières.

En ce qui concerne le régime des exploitants agricoles, le plafond d'emprunt est proposé à 4 Md€, en hausse d'1,1 Md€ par rapport au montant fixé pour l'année 2012. Cette évolution est directement corrélée au déficit prévisionnel de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, qui sera cependant réduit sous l'effet de l'affectation de 150 M€ de recettes nouvelles en application des dispositions relatives à la hausse de la fiscalité assise sur les bières.

Il est par ailleurs proposé de maintenir le plafond d'emprunt de la CNRACL à 1,45 Md€. Compte tenu de la dégradation tendancielle des comptes de ce régime, cette stabilité par rapport à l'exercice 2012 est acquise grâce au schéma de redressement porté par le Gouvernement, qui intègre une hausse de cotisations pour les employeurs publics ainsi que des mesures de transfert prévues à l'article 4 du présent projet de loi.

En ce qui concerne la caisse de retraite de la SNCF, son plafond d'emprunt est fixé sur l'ensemble de l'année 2013 à 750 M€ dans le prolongement de l'adoption de mesures de fractionnement du paiement des pensions de retraite qui sont dues de façon dérogatoire aux autres régimes trimestriellement à terme à échoir. La réduction du besoin de trésorerie qui en découle est de nature à sécuriser la possibilité de sa couverture dans un contexte marqué par un resserrement des concours bancaires.

Le plafond d'emprunt de la CNIEG est également abaissé de 600 M€ à 400 M€ à compter du 1^{er} avril 2013 pour tenir compte de la mensualisation du versement des pensions de retraite de base, laquelle est seule de nature à améliorer le profil de façon suffisante pour garantir la capacité de la caisse à mobiliser auprès de ses partenaires bancaires les montants nécessaires.

Enfin, il est proposé de fixer à 30 M€ les plafonds d'emprunt de la RATP et du FSPOEIE, régimes bénéficiant d'une subvention d'équilibre de la part de l'Etat.

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

QUATRIEME PARTIE Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2013
--

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 37

I. - Au II de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « huit ans ».

II. - La première phrase de l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale est remplacée par la phrase suivante :

« Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par les médecins mentionnés au premier alinéa de cet article sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les dispositions des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du présent code. »

Exposé des motifs

La présente mesure comporte deux objets :

1° Elle vise à prolonger l'expérimentation relative à la permanence des soins ambulatoire prévue par l'article 44 de la LFSS pour 2008 jusqu'au 1er janvier 2016 : la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 a permis de mettre en place des expérimentations de permanence des soins ambulatoire (PDSA) à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une durée de 5 ans maximum, soit jusqu'au 1er janvier 2013.

En 2008, les rémunérations des médecins participant à la PDSA étaient fixées par la convention médicale de 2005. Ces expérimentations avaient notamment pour objet de tester et de préparer le transfert de compétence entre la convention médicale et les futures ARS concernant la PDSA, transfert opéré en 2010 suite à la loi HPST.

Suite à un appel d'offre, deux régions ont été retenues : le Limousin et les Pays de la Loire. En Limousin, l'ARS était donc chargée de définir une nouvelle organisation et de nouvelles rémunérations forfaitaires pour les médecins dans le cadre d'un cahier des charges départemental pour le département de la Haute Vienne. Il était convenu que les médecins continuent à percevoir les actes et les majorations conventionnels payés par l'assurance maladie. L'ARS des Pays de la Loire s'est vu confier une enveloppe annuelle plus importante afin de couvrir l'ensemble des dépenses de PDSA (forfaits, actes et majoration) pour l'ensemble de son territoire.

Compte tenu de l'important travail de concertation et de réorganisation qui a été nécessaire à la mise en place de ces expérimentations, celles-ci ont démarré tardivement (septembre 2010 pour le Limousin et avril 2011 pour les Pays de la Loire). Les ARS ne disposent donc pas du recul nécessaire pour établir un bilan significatif de la nouvelle organisation mais disposent d'éléments suffisamment positifs pour justifier le maintien des expérimentations.

Si les économies générées par les expérimentations ne peuvent pas être estimées à ce stade, les premiers bilans des ARS expérimentatrices font apparaître, d'une part, que les médecins libéraux ont bien adhéré aux expérimentations avec un taux de participation très satisfaisant et, d'autre part, que les enveloppes attribuées aux ARS expérimentatrices ont été respectées.

Les bilans des ces expérimentations militent donc en faveur de leur prorogation jusqu'au 1er janvier 2016. Les enseignements qui pourront en être tirés permettront aux pouvoirs publics de faire évoluer le nouveau dispositif de PDSA afin d'en améliorer l'efficience.

2° Elle vise également à ouvrir la permanence des soins ambulatoire (PDSA) aux médecins salariés en centre de santé ou ayant conservé une pratique clinique et à mettre le code de la sécurité sociale en conformité avec le code de la santé publique. Dans le cadre de la réforme de la PDSA, tout médecin, conventionné ou non, peut désormais s'inscrire sur le tableau de garde et être rémunéré par l'ARS pour les régulations et effectuations qu'il assure.

Cependant, l'article L. 162-5-14 du CSS ne permet actuellement pas aux patients qui consultent un médecin salarié en centre de santé ou ayant conservé une pratique clinique d'être remboursés de la même façon que s'ils consultent un médecin retraité ou un médecin libéral non conventionné (de secteur 3 ou remplaçant en son nom propre). Il convient donc d'insérer également les médecins visés à l'article L. 6314-1 du CSP parmi lesquels se trouvent les médecins salariés en centre de santé qui effectueront de la PDSA à titre libéral.

Par exemple, pour le médecin exerçant en centre de santé, cette mesure a pour conséquence de lui permettre de facturer l'acte et les majorations de PDSA correspondantes et donc d'être traité de manière égalitaire par rapport aux médecins conventionnés, médecins de secteur 3 et médecins retraités qui effectuent de la PDSA.

Cette mesure permettra aux ARS qui ont des difficultés à trouver des médecins libéraux volontaires pour participer à la PDSA de pouvoir solliciter un nouveau vivier de médecins qui semblent désireux de participer à ce dispositif.

Article 38

I. - De nouveaux modes d'organisation et de financement des transports de patients définis au 2° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale peuvent être expérimentés dans un ou plusieurs territoires de santé, à compter du 1^{er} janvier 2013 et pour une période n'excédant pas trois ans.

A cette fin, il peut être dérogé, pour la durée de l'expérimentation, aux dispositions prévues aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 à L. 162-14-3, L. 162-15, L. 162-33, L. 211-1, L. 321-1 et L. 322-5 à L. 322-5-4, L. 611-8 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime.

II. - Ces expérimentations sont menées par les agences régionales de santé et donnent lieu à une procédure d'appel d'offres dans le respect des dispositions applicables aux marchés publics.

Des expérimentations relevant du I peuvent également être menées par un organisme local d'assurance maladie, un établissement de santé ou un groupement d'établissements de santé après avoir été agréées par l'agence régionale de santé. Elles donnent lieu à une procédure d'appel d'offres. Cette procédure est régie par les dispositions applicables aux marchés publics, lorsque l'expérimentation est menée par un établissement public de santé ou un groupement d'établissements publics de santé. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'État dans le respect des garanties prévues pour les marchés de l'État, lorsque l'expérimentation est menée par un autre organisme.

III. - Lorsqu'une expérimentation est menée par une agence régionale de santé ou un organisme local d'assurance maladie, les prescriptions de transport établies par un professionnel de santé exerçant dans le territoire défini pour l'expérimentation, soit dans un cabinet ou une structure de médecine de ville, soit dans un établissement de santé ou dans un groupement d'établissements de santé, ne sont, par dérogation aux dispositions de l'article L. 322-5, du premier alinéa de l'article L. 322-5-1 et du septième alinéa de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance-maladie dans les conditions de droit commun, que si le transport est exécuté par une entreprise retenue à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

Lorsqu'une expérimentation est menée par un établissement de santé ou un groupement d'établissements de santé, les prescriptions de transport à destination ou en provenance de cet établissement ou de ce groupement d'établissements et les prescriptions de transport faites par un professionnel de santé exerçant dans cet établissement de santé ou ce groupement d'établissement de santé ne sont, par dérogation aux dispositions de l'article L. 322-5, du premier alinéa de l'article L. 322-5-1 et du septième alinéa de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance-maladie dans les conditions de droit commun que si le transport est exécuté par une entreprise retenue à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

IV. - Le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation avant la fin de l'expérimentation. Ce rapport propose, le cas échéant, les évolutions législatives découlant de cette évaluation.

V. - Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article, notamment :

1° Les modalités de sélection et de désignation des territoires et des structures retenus pour l'expérimentation ;

2° Les modalités d'organisation et de financement des expérimentations ;

3° La procédure d'agrément mentionnée au II ;

4° Les conditions de prise en charge des prescriptions de transport, dans une expérimentation, lorsque le transport n'est pas exécuté par une entreprise retenue à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

Exposé des motifs

La progression dynamique des dépenses de frais de transport de patients depuis plusieurs années (+63 % entre 2001 et 2010, contre +39,4 % pour les dépenses dans le périmètre de l'ONDAM) est due non seulement à l'augmentation régulière de la tarification mais également au volume de transports prescrits sans qu'une organisation adaptée n'ait été mise en place.

La démarche vise à développer une approche territoriale de la commande de transport impliquant l'ensemble des acteurs compétents en matière d'organisation et de financement (ARS, caisse locale d'assurance maladie et établissement(s)) afin d'apporter une réponse appropriée aux besoins (développement d'une organisation du transport sur le territoire concerné) et de participer à la maîtrise des dépenses de transports (obtention de tarifs réduits notamment).

La mesure proposée a pour objet de permettre l'expérimentation, par une ARS, par une caisse locale d'assurance maladie ou par un établissement de santé (ou un groupement d'établissements de santé) , de nouvelles modalités d'organisation et de financement des transports effectués par les entreprises de transports de patients. Les expérimentations organisées par une caisse locale d'assurance maladie ou un établissement de santé devront préalablement être agréées par l'ARS. Dans tous les cas, les expérimentations reposeront sur un appel d'offres, organisé, soit dans le cadre des dispositions applicables aux marchés publics (contrat conclu par une personne publique), soit dans le cadre de dispositions définies par décret en Conseil d'Etat et respectant les garanties prévues pour les marchés de l'Etat (contrats conclus par une personne privée). Dans le cadre de l'expérimentation, les prescriptions de transport par un professionnel de santé exerçant dans le territoire de l'expérimentation, soit dans un cabinet ou une structure de médecine de ville, soit dans un établissement de santé ou dans un groupement d'établissements de santé, ne sont, par dérogation aux dispositions législatives applicables, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions de droit commun, que si le transport est exécuté par une entreprise retenue à l'issue de la procédure d'appel d'offres. Les modalités de prise en charge dans le cas où le transport n'est pas exécuté par une des entreprises retenues dans l'appel d'offre seront déterminées par décret en Conseil d'Etat.

La mesure consistera en :

- la délégation de gestion d'une enveloppe globale regroupant les crédits de prise en charge des transports des patients ;
- la suspension des règles de tarification actuelles tirées du conventionnement des entreprises du transport de patients, remplacées par un marché public construit à partir d'un cadrage national.

Le dispositif sera expérimenté pour une durée maximale de trois ans. Il fera l'objet d'une évaluation transmise au Parlement.

L'enveloppe utilisée pour financer l'appel d'offres de chaque expérimentation sera identique à celle dévolue pour l'année n-1 au financement des remboursements des frais de transport concernés.

Article 39

Le II de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « relatifs aux pathologies et aux traitements » sont remplacés par les mots : « et visant à améliorer l'organisation et la coordination des soins ou la prise en charge des patients, » et après les mots : « de chacune de ces professions, », sont insérés les mots : « et, le cas échéant, des centres de santé, » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ce ou ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, de l'atteinte des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs, et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie. »

Exposé des motifs

Dans le cadre de la réforme des soins de proximité, la mise en place de nouvelles organisations et de nouveaux services assurés par les professionnels de santé doit permettre d'améliorer la prise en charge des patients et d'optimiser leur parcours de soins. La rémunération actuelle des professionnels de santé incite peu au travail en équipe et ne valorise pas ces nouveaux services. Si certaines expérimentations en cours (nouveaux modes de rémunération, Prado, article 70 de la LFSS pour 2012) donnent la possibilité de rémunérer des dispositifs innovants de coordination, elles ne concernent qu'une minorité de professionnels de santé et ne sont pas pérennes.

Pour mettre en œuvre cette réforme, plusieurs formes d'exercice sont envisageables :

1° Les structures pluriprofessionnelles (maisons et centres de santé) apparaissent comme des acteurs essentiels de ces évolutions pour plusieurs raisons :

- elles facilitent la coordination autour du patient en réunissant différents professionnels, ce qui permet de simplifier et d'optimiser le parcours de soins du patient ;

- elles peuvent mettre en œuvre des activités innovantes qui amélioreront la qualité et l'efficience des soins de proximité : prévention, éducation thérapeutique, suivi spécifique des cas complexes ;

- elles constituent, par leur attractivité pour les jeunes diplômés, une réponse intéressante aux problèmes des zones fragiles en matière de démographie médicale. De plus, elles offrent des possibilités de délégation d'activité (coopération) qui libèrent un temps médical précieux dans ces territoires. Elles peuvent enfin constituer un lieu d'accueil pour les stagiaires en médecine générale et attirer ainsi de futurs médecins.

2° Au-delà de ces regroupements dont le fonctionnement est formalisé par un projet de santé et l'existence d'une structure juridique identifiée (association, GIE, SISA), des équipes pluriprofessionnelles plus informelles (notamment médecin-infirmière ou médecin-infirmière-pharmacien) sont également susceptibles de mener des actions coordonnées autour du patient, notamment pour gérer les parcours les plus complexes (personnes âgées, insuffisants cardiaques, diabétiques).

3° Enfin, des professionnels de santé isolés ou regroupés par profession peuvent également participer à des actions d'optimisation des parcours qui favorisent notamment la sortie d'hôpital et la prise en charge en ville, plus adaptée aux pathologies chroniques et moins coûteuse pour l'assurance maladie.

La présente mesure a pour objet de permettre à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et aux organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés de reconnaître et de valoriser davantage (financièrement et en termes de résultats de santé publique et d'efficience) ces nouvelles organisations et ces nouveaux services en s'appuyant sur les différentes formes d'exercice des professionnels de santé.

Le Gouvernement précédent n'était intervenu que sur les modes de rémunération au niveau individuel alors qu'il s'agit ici de promouvoir la dynamique d'équipes pluriprofessionnelles.

Dans ce sens, le Gouvernement souhaite qu'une rémunération visant à favoriser des soins plus efficaces et mieux coordonnés soit négociée par les partenaires conventionnels dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel prévu à l'article L. 162-14-1 II du code de la sécurité sociale. Cet article permet actuellement à l'UNCAM et aux organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés de déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre visant à favoriser ces nouveaux services ainsi qu'une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé.

Cet article nécessite des aménagements afin de préciser le cadre de ces négociations. Dans le cadre de ces accords interprofessionnels, les partenaires conventionnels pourront désormais définir :

- les engagements et objectifs quantifiés de santé publique des maisons, centres et professionnels de santé, les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie du respect de ces engagements et en fonction de l'atteinte d'objectifs par la maison, le centre ou le professionnel de santé. Ces engagements, objectifs et rémunérations seront définis dans un ou plusieurs contrats types proposés aux professionnels de santé conjointement par les ARS et les CPAM ;

- les modalités d'adaptation du dispositif au plan local, conjointement par les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie.

Article 40

I. - Après l'article L. 1435-4-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-4-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 1435-4-2. - I. - Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin généraliste dont la première inscription au tableau de l'ordre des médecins date de moins d'un an, un contrat de praticien territorial de médecine générale sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de praticien territorial de médecine générale. Le praticien territorial de médecine générale s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, la médecine générale dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

« II. - Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins. Ce contrat est conforme à un contrat type établi par décret en Conseil d'État.

« III. - Un décret en Conseil d'État précise les critères d'insuffisance d'offre médicale et de difficultés d'accès aux soins permettant de définir les zones géographiques où un contrat de praticien territorial de médecine générale peut être conclu et fixe les modalités de calcul de la rémunération complémentaire dans la limite d'un plafond. »

II. - Après l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-14-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-5-14-1. - Les frais relatifs aux actes effectués par les médecins au titre de leurs fonctions de praticien territorial de médecine générale régies par les dispositions de l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, sont, lorsqu'ils ne sont pas adhérents à la convention médicale, pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les dispositions des articles L. 162-5 et L. 162-14-1. Les praticiens territoriaux de médecine générale sont tenus, dans l'exercice de leurs fonctions, de respecter les tarifs opposables. »

Exposé des motifs

Pour faire face aux défis des soins de proximité et lutter contre les « déserts médicaux », le Gouvernement a souhaité mettre en place un nouveau dispositif avec la création, dès 2013, de la fonction de « praticien territorial de médecine générale ». L'objectif est d'inciter les jeunes médecins à s'installer dans des lieux où les besoins ont été identifiés par l'ARS, en vue d'un exercice ambulatoire sur un ou plusieurs sites dans une zone caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Ce mécanisme permet d'alléger les charges logistique et administrative liées à l'installation.

Concrètement, ce dispositif s'organisera autour d'un contrat-type de praticien territorial de médecine générale, établi par décret en Conseil d'Etat, que les ARS pourront proposer à de jeunes diplômés avec une garantie de rémunération tenant notamment compte des sujétions liées aux probables nombreux déplacements. Le contrat prévoira des engagements individualisés, qui pourront porter sur les modalités d'exercice, les actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins notamment pour l'encadrement des stagiaires de médecine générale.

Ce dispositif sera applicable, dès 2013, pour les médecins accédant au statut de collaborateur libéral ou bénéficiant de ce statut depuis moins d'un an.

Article 41

I. - Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2013 et pour une durée n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Le contenu des projets pilotes est défini par un cahier des charges national arrêté par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Le périmètre territorial de mise en œuvre de chaque projet pilote est défini par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

Les expérimentations sont mises en œuvre par convention entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les professionnels de santé, les établissements hospitaliers, les établissements sociaux et médico-sociaux et les collectivités territoriales volontaires ainsi que, le cas échéant, des organismes complémentaires d'assurance maladie.

II. - Pour la mise en œuvre des projets pilotes définis au I, dans le cadre des conventions conclues à cette fin, il peut être dérogé 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 code de la sécurité sociale 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, ainsi qu'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. Dans ce cadre, les établissements relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles peuvent facturer à l'assurance maladie la totalité des frais d'accueil de personnes en sortie d'hospitalisation correspondant à l'ensemble des charges d'hébergement, de dépendance et de soins, une fois déduit le montant du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale et pour une durée limitée à 30 jours consécutifs.

III. - Sans préjudice de financements complémentaires prévus, le cas échéant, dans les conventions mentionnées au I, les dépenses nouvelles liées aux projets pilotes, notamment celles relatives à l'application du II et du V du présent article, sont imputées sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1^o 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. Par dérogation à l'article L. 1435-9, les crédits affectés aux projets pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

IV. - Dans le cadre expérimental des projets pilotes, le suivi sanitaire et social des personnes âgées en risque de perte d'autonomie peut comporter, sous réserve du consentement exprès et éclairé des personnes, la transmission, par les personnels soignants et les professionnels chargés de leur accompagnement social, d'informations strictement nécessaires à leur prise en charge et relatives à leur état de santé, à leur situation sociale ou à leur autonomie. Lorsque la personne concernée est hors d'état d'exprimer son accord dans ces conditions, le consentement de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique doit être obtenu. A défaut, les informations en cause ne peuvent pas être échangées. La liste des professionnels et organismes à qui ces informations sont transmises est approuvée par la personne lors de l'expression du consentement. La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels ou organismes. Un décret en Conseil d'État précise la nature des informations qui peuvent être transmises, les conditions de cette transmission ainsi que les professionnels susceptibles d'en être destinataires.

V. - En vue d'une généralisation, une évaluation annuelle des projets pilotes, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé qui y prennent part, la consommation de soins des personnes âgées, le maintien de leur autonomie ainsi que leur taux d'hospitalisation et le cas échéant de réhospitalisation, est réalisée en liaison avec la Haute Autorité de santé, les agences régionales de santé, l'assurance maladie, les établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux ainsi que les collectivités territoriales et organismes participant aux projets pilotes. Cette évaluation peut, sous réserve d'anonymat, comporter un suivi clinique individualisé et croiser des données relatives à la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des personnes âgées. Elle est transmise au Parlement avant le 1^{er} octobre.

Exposé des motifs

Les liens avérés entre perte d'autonomie et problèmes de santé ainsi que le constat d'une hospitalisation trop fréquente et trop longue des personnes âgées montrent l'intérêt d'une approche fondée sur le « parcours de santé » afin de coordonner des acteurs très divers et de dégager des marges de manœuvre financières en diminuant le recours à l'hospitalisation et sa durée. Le principe de cette approche est de permettre que la bonne personne reçoive la bonne prestation au bon moment. Pour cela, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a préconisé une démarche de préfiguration, les projets pilotes autour du parcours de santé de la personne âgée, qui seraient d'abord déployés sur quelques territoires puis évalués en vue de leur éventuelle extension nationale. Afin de définir le contenu de ces projets pilotes, un comité national de pilotage travaille en concertation avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes âgées et l'appui de l'IGAS, depuis la fin du printemps.

La mesure proposée met pour la première fois en œuvre les recommandations du HCAAM et de l'IGAS en matière de parcours de santé des personnes âgées et respecte l'ensemble des conditions de réussite et préconisations soulignées par leurs rapports.

L'article fixe :

- le cadre de la démarche : une expérimentation dans quelques territoires choisis au niveau national et fondée sur un cahier des charges national dont le pilotage repose fortement sur les ARS ;

- les dérogations nécessaires pour permettre d'expérimenter de nouvelles formules de financement et de tarification à même de ne pas générer de rupture dans le parcours de santé de la personne âgée ;

- l'imputation de ces dépenses innovantes sur le fonds d'intervention régional, moyennant leur stricte identification au sein de ce dernier ;

- les dérogations au cadre juridique actuel nécessaires pour favoriser le partage d'information entre les professionnels du champ de la santé et du secteur social, partie prenante du parcours de santé ;

- le principe d'une évaluation, transmise au Parlement, avant toute généralisation de ce nouveau mode d'organisation.

Les dérogations proposées reprennent pour partie celles qui étaient permises dans le dispositif de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Elles sont toutefois plus larges puisqu'elles permettent également de déroger aux règles de tarification des établissements médico-sociaux afin, notamment, de faciliter les transitions hôpital/EHPAD.

Les fonds mobilisés doivent pouvoir être utilisés pour la prise en charge de la personne quel que soit le professionnel ou la structure impliqués. Le FIR, de par ses objectifs de plus grande souplesse de gestion, d'optimisation de la dépense et de cohérence d'action pour le développement d'une politique régionale, apparaît comme l'instrument financier le plus adéquat pour lancer le financement des projets pilotes.

Ainsi est-il proposé de créer en 2013, dans le cadre des missions du FIR actuellement définies par les textes, un compartiment « projets pilotes HCAAM ». Parce qu'il s'agit d'expérimentation, ces crédits feront l'objet d'une sanctuarisation dérogatoire au principe du FIR. Leur objet sera limité au « faire mieux » correspondant aux axes d'amélioration du parcours définis dans un cahier des charges national et ils pourront financer tout type d'action (aide à l'ingénierie pour les ARS, évaluation, consultation, réseaux, forfait de coordination, aides individuelles, etc.) et de structures (EMG, SSIAD, plateforme, etc.).

Article 42

L'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 et le dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de cette loi sont abrogés.

Exposé des motifs

L'article 42.4 de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 prévoyait le projet de mise en place d'un « secteur optionnel » pour les médecins exerçant une spécialité de bloc (chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation). Celui-ci prévoyait que les médecins de ce secteur pourraient effectuer des dépassements d'honoraires limités à 50 % du tarif de base et devraient réaliser au moins 30 % de leur activité à tarif opposable, en contrepartie d'une prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales. Cet article n'avait pas de portée juridique, et les parties à la convention renvoyaient à un avenant spécifique la mise en place effective de ce nouveau secteur optionnel.

Le principe même et les modalités de mise en place de ce « secteur optionnel » ont suscité de vives interrogations sur sa capacité à encadrer de façon effective la progression des dépassements d'honoraires. Les organismes d'assurance complémentaire maladie, qui prennent en charge une partie des dépassements d'honoraires dans le cadre des contrats souscrits par leurs adhérents, n'avaient pas souhaité s'engager sur les bases issues de l'article 42.4 susmentionné.

Dès lors, aucun avenant n'a été signé. L'article 56 de la LFSS pour 2012 avait habilité le Gouvernement, en cas d'absence d'accord sur la mise en œuvre du secteur optionnel dans un délai d'un mois à compter de l'entrée en vigueur de la loi, à modifier par arrêté, pendant une durée de deux mois, soit jusqu'au 23 mars 2012, les dispositions de la convention médicale relatives à l'option de coordination afin d'assouplir cette option pour les trois spécialités de bloc sur le modèle du projet de secteur optionnel. Cet article prévoyait également l'obligation de prise en charge de ces dépassements par les complémentaires santé dans le cadre des contrats responsables.

La mesure suscitant toujours de grandes réserves, aucun accord n'est intervenu dans le délai fixé par la loi. Le précédent gouvernement a, sur le fondement de l'article 56 de la LFSS pour 2012, modifié par un arrêté du 21 mars 2012 la convention médicale du 26 juillet 2011. Cet arrêté portait le taux maximum des dépassements d'honoraires, dans le cadre de l'option de coordination, à 50 % du tarif opposable pour les trois spécialités de bloc. En outre, le décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 a instauré l'obligation pour les contrats responsables de prendre en charge ces dépassements dans leur intégralité pour les trois spécialités de bloc.

Cette mesure, dénoncée par l'ensemble des complémentaires santé, n'a pas permis d'améliorer l'accès aux soins des patients, à rebours de l'intention affichée. Ces dispositions n'ont pas fixé les bases d'un encadrement efficace des dépassements d'honoraires. C'est pourquoi il est proposé d'abroger l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ainsi que le dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale créé par cet article.

Article 43

Après le 19° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un 20° ainsi rédigé :

« 20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 321-1. »

Exposé des motifs

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un droit pour les femmes, aujourd'hui limité par des difficultés financières d'accès aux soins. Comme le souligne l'IGAS dans son rapport de 2009 relatif à l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001, « la prise en charge des IVG doit donc être organisée comme un élément à part entière de l'offre de soins. Les femmes qui désirent interrompre une grossesse non désirée ont le droit d'être prises en charge : la mise en œuvre du droit à l'IVG correspond à une obligation de service public ».

Actuellement, l'assurance maladie prend en charge entre 70 % (en ville) et 80 % (en établissement de santé) des frais pour la réalisation d'une IVG. Seules les mineures bénéficient aujourd'hui d'une prise en charge à 100%.

Il est nécessaire d'améliorer la prise en charge pour garantir l'égal accès des femmes à l'IVG.

C'est pourquoi le Gouvernement souhaite renforcer la garantie du droit à l'IVG en permettant la prise en charge à 100 % de l'interruption volontaire de grossesse. Cette mesure, qui constitue un engagement du président de la République, permettra de renforcer le droit des femmes en leur permettant un accès effectif à l'interruption volontaire de grossesse.

Article 44

I. - A la fin du premier alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique, il est ajouté la phrase suivante :

« Ces dispositions s'appliquent également dans le cas où la dénomination du médicament est la reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires de l'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »

II. - A l'article L. 5422-5 du même code, il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

« 4° Dont la dénomination est une reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »]

III. - L'article L. 5213-3 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 5213-3.* - Les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public.

« Cette interdiction ne s'applique pas aux dispositifs médicaux inscrits sur une liste fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale en raison de leur faible risque pour la santé humaine ou de la faible incidence de leur promotion sur les dépenses de l'assurance maladie. »

IV. - Après l'article L. 165-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-8-1.* - Lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité ont été prononcés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur encontre.

« Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État. »

V. - Les dispositions du I et II entrent en vigueur six mois après la publication de la présente loi.

Exposé des motifs

La publicité pour les produits de santé est un sujet récurrent d'inquiétude en matière d'augmentation du risque de dépenses pour l'assurance maladie. Deux sujets ont été identifiés, sur lesquels il convient d'agir : d'une part la publicité pour des spécialités pharmaceutiques pour le grand public dont le nom commercial est très proche de celui d'un médicament remboursable, et d'autre part le dispositif d'encadrement de la publicité pour les dispositifs médicaux, très récent et qui nécessite d'être renforcé.

En ce qui concerne les médicaments, il est proposé d'interdire la publicité grand public pour les spécialités non remboursables dont la dénomination rappelle celle d'une spécialité remboursable. Une période transitoire de six mois est prévue pour les spécialités en cause déjà commercialisées et faisant l'objet de campagne de publicité. Le non respect de ces dispositions sera passible d'une sanction pénale, à l'instar de ce qui existe déjà en matière de publicité pour les produits de santé.

En ce qui concerne les dispositifs médicaux, la loi du 29 décembre 2011 a apporté des compléments en matière de sécurité sanitaire qui ne s'avèrent toutefois pas suffisants. Il s'agit donc de compléter le dispositif actuel régissant leur publicité sur deux points :

- étendre les motifs de l'interdiction de la publicité grand public pour les dispositifs médicaux remboursables à ceux qui risquent d'avoir une incidence importante sur les dépenses pour l'assurance maladie – la publicité étant actuellement autorisée pour tous les dispositifs médicaux à risque faible pour la santé selon une liste fixée par arrêté ;

- mettre en place un pouvoir de sanction dans le domaine des dispositifs médicaux identique à celui existant dans le domaine du médicament, et qui sera confié au comité économique des produits de santé (CEPS).

Article 45

I. - L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est complété par un V ainsi rédigé :

« V. - Par dérogation aux dispositions du I, en présence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché, une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation établie dans les conditions prévues au I. Cette recommandation temporaire d'utilisation ne peut être établie que dans l'objectif, soit de remédier à un risque avéré pour la santé publique, soit d'éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie. »

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

1° A la première phrase de l'article L. 162-17-2-1, les mots : « à l'article L. 5121-12-1 » sont remplacés par les mots : « au I de l'article L. 5121-12-1 » ;

2° Après l'article L. 162-17-2-1, il est inséré un article L. 162-17-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-2-2. - Les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée au V de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique peuvent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être inscrites, au titre de cette recommandation temporaire d'utilisation et à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

« Lorsque le médicament bénéficie d'au moins une indication remboursable au titre des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7, il est pris en charge ou remboursé, en application de l'alinéa précédent, dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

« A défaut :

« - le prix ou le tarif de responsabilité de la spécialité est fixé par le comité économique des produits de santé, par convention avec l'entreprise ou, en cas d'échec de la voie conventionnelle, par décision du comité en tenant compte principalement, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament, de la population cible de patients concernés, des résultats d'une éventuelle évaluation médico-économique et, le cas échéant, des prix moyens constatés au titre de l'utilisation de la spécialité pour les autres indications remboursables en établissement de santé ;

« - le taux de participation de l'assuré est fixé par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en fonction de la dernière évaluation de la spécialité par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les modalités, les règles de procédure et les délais relatifs à l'évaluation du médicament, à l'inscription sur les listes mentionnées au premier alinéa, et à la fixation de son prix et du taux de participation de l'assuré. »

Exposé des motifs

Certaines stratégies commerciales peuvent conduire à la commercialisation d'une même molécule sous des noms de marque différents, ce qui permet aux laboratoires d'obtenir une valorisation distincte de cette même molécule dans différentes indications. En pratique, certaines firmes, par stratégie industrielle ou commerciale, ne développent pas une spécialité dans une indication donnée. Cela conduit à la présence sur le marché, dans cette indication, d'une seule spécialité pharmaceutique.

Cette situation monopolistique, alors même que d'autres spécialités pourraient obtenir la même indication, rend difficile la négociation du prix, pour la spécialité ayant obtenu l'AMM dans cette indication, ce qui génère des dépenses importantes pour l'assurance maladie. Cela induit en outre un risque de sécurité sanitaire en cas d'utilisation de l'autre produit hors-AMM en dehors de tout cadre établi par les autorités sanitaires, le laboratoire refusant de demander une extension de l'AMM.

Aussi, afin de résoudre cette situation insatisfaisante, il est proposé d'étendre la possibilité d'élaborer une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour une spécialité pharmaceutique à des cas où il existe une alternative thérapeutique dans cette indication. Cette possibilité est conditionnée, soit à un impératif de santé publique (comme celui de la sécurisation de prescriptions hors AMM), soit à une exigence de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. La RTU sera élaborée par l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM).

Cette mesure est complétée par les dispositions nécessaires afin de permettre la prise en charge par l'assurance maladie des spécialités disposant d'une RTU.

Article 46

I. - Le I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. - L'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique effectuée dans les établissements de santé ne peut avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé, dans les conditions définies par un décret en Conseil d'État et selon des modalités fixées dans le règlement intérieur de l'établissement. »

II. - L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le 16°, il est inséré un 17° ainsi rédigé :

« 17° Arrête, en application du I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers et de rééducation médico-technique. »

2° Au deuxième alinéa, la mention « 1° à 15° » est remplacée par la mention « 1° à 17° ».

III. - Au troisième alinéa de l'article L. 6161-2 du même code, il est ajouté la phrase suivante :

« En application du I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, le représentant légal de l'établissement définit les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la conférence médicale d'établissement. »

IV. - A l'issue d'un délai de deux ans à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan du dispositif prévu au I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, réalisé à partir d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de santé portant notamment sur le volume et la pertinence des prescriptions hospitalières. Ce rapport propose les évolutions législatives découlant du bilan, notamment en ce qui concerne l'élargissement des dispositions en cause aux dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique ainsi que leur éventuelle adaptation à la médecine de ville.

Exposé des motifs

La visite médicale en milieu hospitalier avait fait l'objet, par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du 29 décembre 2011, d'un encadrement sous forme d'une expérimentation, pour une durée limitée, qui imposait la pratique de la visite médicale sous forme collective, pour un nombre très limité de produits de santé, dans des conditions définies par une convention conclue entre chaque établissement de santé et chaque laboratoire exploitant de produit promu, dont les modalités devaient être définies par un arrêté.

Afin d'améliorer la qualité des soins, l'expérimentation de la visite médicale dite collective à l'hôpital est remplacée par une disposition pérenne, son champ d'application est élargi à l'ensemble des médicaments et sa mise en place facilitée.

Un décret en Conseil d'Etat prévoira les conditions d'encadrement de la visite médicale, dont les modalités seront ensuite détaillées dans le règlement intérieur de chaque établissement de santé. La signature des multiples conventions avec chaque laboratoire, qui aurait mobilisé de très importantes ressources au sein des établissements de santé, sera ainsi supprimée.

Cette mesure présente un impact financier, en particulier sur le programme de gestion du risque sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville et contribue à l'amélioration continue de la qualité des soins, par la qualité de l'information organisée à l'intention des professionnels de santé.

Une évaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS) des mesures prises par les différents établissements devra permettre d'évaluer l'impact du dispositif sur les volumes et la pertinence des prescriptions hospitalières, et d'étudier le caractère transposable de cette mesure ainsi que de certaines des initiatives qu'auront prises les établissements de santé dans leurs règlements intérieurs à la médecine de ville et, le cas échéant à l'ensemble des produits de santé (y compris les dispositifs médicaux).

La certification de l'établissement de santé pourrait également porter sur la mise en œuvre de la visite médicale.

Article 47

I. - Dans la perspective d'une redéfinition du service public hospitalier, les dispositions du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et du 3° de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale sont abrogées.

II. - Aux XX, XXI et XXII de l'article 1^{er} de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, les mots : « ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée » sont supprimés.

Exposé des motifs

La loi prévoit, pour les années 2005 à 2018, un processus de convergence des tarifs du secteur anciennement sous dotation globale (ex-DG) et anciennement financé sous objectif quantifié national (ex-OQN) « dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par les tarifs », orienté vers les tarifs les plus bas. Ce processus devait prendre fin au plus tard en 2018.

Le bilan de la convergence tarifaire est en demi-teinte.

En pratique, entre 2006 et 2011, l'écart facial des tarifs entre les deux secteurs s'est réduit de moitié. Mais, de fait, les principes mêmes qui ont fondé la convergence tarifaire ne sont que partiellement équitables. D'une part, le rapprochement des tarifs, alors même qu'ils reposent sur des coûts moyens objectivement différents, est partiellement arbitraire. D'autre part, des différences fondamentales existent entre les établissements de santé, qu'il s'agisse des modes de prises en charge, des contraintes d'organisation, du coût des personnels, des populations accueillies et prises en charge ou de la capacité de programmation de l'activité. Enfin, l'application concrète de la convergence a inutilement focalisé l'attention et généré des crispations au sein du monde hospitalier.

Ces constats conduisent à proposer l'arrêt du processus de convergence tarifaire.

Cette mesure constitue la première étape de la réintroduction du service public hospitalier dans la loi. Il est en effet nécessaire de prendre en compte le fait que les secteurs public et privé ont des obligations différentes. A ce titre, les secteurs public et privé à but non lucratif sont notamment garants d'une accessibilité financière, composante du service public hospitalier, dont les surcoûts peuvent justifier le maintien d'une double échelle tarifaire et donc l'arrêt de la convergence.

Article 48

L'article L. 213-3 du code monétaire et financier est ainsi modifié :

1° Après le 12, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« 13. Les centres hospitaliers régionaux, dont la liste est fixée par décret, dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret. » ;

2° Au dernier alinéa, les mots : « et 12 » sont remplacés par les mots : « ,12 et 13 ».

Exposé des motifs

Dans un contexte marqué par un important resserrement de l'offre bancaire de crédits de court terme, il s'agit d'ouvrir la possibilité à certains établissements hospitaliers d'émettre des billets de trésorerie, de façon à faciliter la couverture des besoins de trésorerie associés à leur fonctionnement.

La liste des centres hospitaliers régionaux fera l'objet d'une fixation par décret afin de limiter le bénéfice de la mesure aux établissements disposant d'une surface financière suffisante et de la capacité à assumer de manière sécurisée une telle fonction sur les marchés financiers. Cette nouvelle possibilité d'émettre des titres de court terme fera l'objet d'un pilotage resserré tant régional que national. Ces dispositions doivent permettre de garantir le bon usage de cet outil dans le cadre d'un impératif plus général de maîtrise des finances publiques.

Compte tenu des difficultés importantes rencontrées par plusieurs établissements, les échéances de versement des caisses de sécurité sociale aux établissements de santé ont dû être modifiées cet été, reportant ainsi sur le régime général (ACOSS) un coût de trésorerie. La présente disposition permettra de limiter ce coût pour la sécurité sociale.

Article 49

L'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est modifié comme suit :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Les mots : « Jusqu'au 1^{er} janvier 2013, » sont supprimés ;

b) Après le dernier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Cette dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale prend fin au plus tard au 1^{er} mars 2016 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements ainsi qu'entre, d'une part, les actes et consultations externes et, d'autre part, les prestations d'hospitalisation ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code. » ;

2° Au II, les mots : « 31 décembre 2012 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2015 » ;

3° Le VIII est ainsi modifié :

a) Les mots : « 1^{er} mars 2013 » sont remplacés par les mots : « 1^{er} mars 2015 » ;

b) Après les mots : « incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « et comprise dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du même code ; ».

Exposé des motifs

I. - La mise en place de la facturation individuelle des consultations et des séjours des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif vise à facturer au fil de l'eau les séjours et consultations auprès de l'assurance maladie. Cette évolution de la facturation conduira à un renforcement du suivi de la facturation par les établissements, un meilleur contrôle par l'assurance maladie, et permettra de disposer directement de données détaillées de facturation sur les prestations de santé des établissements concernés en vue d'une maîtrise renforcée des dépenses de santé et d'une simplification des démarches pour l'ensemble des acteurs : patients, établissements de santé, organismes d'assurance maladie et réseau des finances publiques.

Lors du passage à la tarification à l'activité (T2A) en 2007, un mécanisme de facturation dérogatoire avait été mis en place à titre provisoire pour les établissements anciennement financés sous dotation globale. Cette procédure dérogatoire a plusieurs fois été prolongée, la date de généralisation de la facturation individuelle ayant dernièrement été fixée au 1^{er} janvier 2013 par la LFSS pour 2011 (article 64).

En parallèle, l'article 54 de la LFSS 2009 a prévu une expérimentation de ce processus de facturation. Cette expérimentation est en cours de déploiement au sein d'un ensemble de 55 établissements.

Les premiers enseignements de cette expérimentation permettent d'engager à partir du 1^{er} janvier 2013 la généralisation du dispositif, mais celle-ci devra être mise en œuvre graduellement et progressivement. Elle tiendra compte de la taille et de la catégorie des établissements, l'impact sur l'organisation étant plus importante au sein des établissements les plus importants. Elle distinguera en termes de calendrier les actes et consultations externes, dont la généralisation interviendra à compter du 1^{er} janvier 2013, et les séjours dont la généralisation interviendra à compter du 1^{er} janvier 2014 à l'issue de l'étape d'expérimentation dont le dispositif est donc maintenu.

Cette généralisation concernera l'ensemble des établissements d'ici la fin 2015.

II. - Le VIII et le IX de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoient le passage des ex-hôpitaux locaux à la tarification à l'activité (T2A) le 1^{er} mars 2013.

Les ex-hôpitaux locaux constituent un point d'appui à l'offre de soins de premier recours, contribuant à attirer les professionnels de santé libéraux sur leur territoire et à créer une synergie favorisant l'articulation de la ville et de l'hôpital, du sanitaire et du médico-social. Ils représentent une offre de soins de proximité où s'exerce une médecine polyvalente, qui permet notamment dans un contexte de vieillissement de la population, d'éviter des transferts lorsque le niveau de prise en charge le permet.

Toutefois, ces établissements ont, du fait de leurs spécificités, une activité souvent de faible volume qui leur rend difficile l'atteinte d'un seuil d'équilibre entre les charges et les produits dans le cadre de la T2A. C'est pourquoi des études permettant d'évaluer l'impact d'une telle réforme et les modalités de financement adaptées sont en cours.

Il est donc proposé de reporter la mise en œuvre de la T2A au 1^{er} mars 2015, date qui permettrait d'avoir suffisamment de recul sur l'opportunité de cette réforme au regard des conclusions de l'étude en cours.

III. - L'article prévoit enfin que les établissements publics et établissements privés à but non lucratif pourront, jusqu'au 31 décembre 2015, continuer à calculer la participation financière des assurés aux frais de soins (ticket modérateur) sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP) définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjours (GHS).

Un tel changement d'assiette pour le calcul de la participation des assurés aurait des conséquences financières importantes pour les établissements de santé concernés, les montants des TJP (qui couvrent un périmètre de dépenses plus large que les GHS) étant en moyenne bien supérieurs aux montants des GHS.

Cette réforme suppose donc un réexamen et une évolution des règles actuelles de participation des patients aux frais de soins ainsi qu'un accompagnement technique des établissements qui n'ont pas été mis en œuvre à ce jour.

Article 50

Au chapitre VI du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5126-5-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5126-5-2.* - Les établissements de santé et les groupements de coopération sanitaire disposant d'une pharmacie à usage intérieur peuvent confier à un établissement pharmaceutique, par un contrat écrit fixant les engagements des parties, le stockage, la détention et l'approvisionnement de certains de leurs produits de santé. La signature de ce contrat est soumise à autorisation préalable, qui entraîne la modification de l'autorisation initiale en application de l'article L. 5126-7.

« Un décret en Conseil d'État fixe les catégories d'établissements pharmaceutiques pouvant assurer le stockage, la détention et l'approvisionnement des médicaments et dispositifs médicaux pour le compte de la pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé.

« Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la liste des catégories de produits de santé qui ne peuvent faire l'objet du contrat mentionné au premier alinéa. »

Exposé des motifs

Le stockage et la distribution des médicaments et des dispositifs médicaux (DM) sont des missions exclusives des pharmacies à usage intérieur (PUI) dans les établissements de santé et les groupements de coopération sanitaire (GCS).

Or les établissements sont confrontés à des difficultés liées au stock immobilisé (gestion des espaces occupés par les stocks), à la mobilisation de main-d'œuvre pharmaceutique et infirmière affectée à des fonctions logistiques, mais aussi à la gestion de leur flux d'approvisionnement. Afin d'améliorer l'efficacité des établissements disposant d'une PUI et de sécuriser le circuit du médicament et des DM, la présente mesure vise à les autoriser à confier à un établissement pharmaceutique, à la suite d'une procédure de marché public et par un contrat écrit, la détention et la distribution de certains médicaments et dispositifs médicaux (DM). Cette modification par rapport à l'autorisation initiale de la PUI sera au préalable soumise à l'autorisation du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS).

Un décret en Conseil d'Etat fixera les catégories d'établissements pharmaceutiques pouvant assurer le stockage et la distribution des médicaments et dispositifs médicaux pour le compte de la PUI. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixera la liste des catégories de produits de santé qui ne sont pas concernés par cette mesure.

Article 51

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

a) A la première phrase, les mots : « Les détenus sont affiliés » sont remplacés par les mots : « Les personnes détenues sont affiliées » ;

b) Le deuxième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque les personnes détenues bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine dans les conditions prévues aux sections 5, 6 et 8 du chapitre II du titre II du livre V du code de procédure pénale exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, elles sont affiliées au régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité.

« Sont affiliées au titre du premier alinéa les personnes détenues mentionnées à l'alinéa précédent, lorsqu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres ou qu'elles ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont elles relèvent au titre de leur activité. » ;

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

a) Au premier alinéa, les mots : « Durant leur incarcération » sont supprimés et après les mots : « en application » sont ajoutés les mots : « du premier alinéa » ;

b) Après le premier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ils sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par les assurances maladie et maternité du régime général et les différentes participations mentionnées à l'article L. 322-2 sont prises en charge par l'État selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5. » ;

3° L'article L. 381-30-5 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

- à la première phrase du premier alinéa, après les mots : « aux détenus », sont ajoutés les mots : « affiliés en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 » et après les mots : « dotation annuelle », sont ajoutés les mots : « de financement dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-16 » ;

- à la deuxième phrase du premier alinéa, après les mots : « sont financés », les mots : « par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 et versée à cet établissement à ce titre » sont remplacés par les mots « selon les modalités de droit commun » ;

- le deuxième alinéa est supprimé ;

b) Le II est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. - L'État assure la prise en charge de la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2 due par les détenus affiliés en application du 1^{er} alinéa de l'article L. 380-30-1 ainsi que du forfait journalier institué par l'article L. 174-4.

« Pour les soins dispensés dans les établissements de santé, il verse les montants correspondants aux établissements concernés.

« Dans les autres cas, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié le détenu assure le paiement de l'intégralité des frais de soins auprès des professionnels de santé dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations. L'État rembourse ensuite à la caisse la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2.

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

Exposé des motifs

Le présent article prévoit de clarifier les modalités de prise en charge et de financement des soins délivrés aux personnes détenues en adaptant les dispositions du code de la sécurité sociale, pratiquement inchangées depuis leur création, aux nombreuses évolutions intervenues dans les domaines pénitentiaire et hospitalier.

Il met en cohérence le champ de l'affiliation obligatoire au régime général pour les personnes détenues avec les évolutions des modes de détention. Ainsi seront simplifiées les modalités de prise en charge des personnes détenues qui exécutent leur peine en tout ou partie à l'extérieur de la prison, et qui représentent une part croissante de la population carcérale. Leur accès aux soins réalisés en ville sera en conséquence facilité.

Il tire également les conséquences de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, en prévoyant que les soins dispensés par des établissements de santé tant en milieu hospitalier que pénitentiaire sont facturés selon le droit commun, les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ayant vocation en effet à couvrir, pour les soins somatiques, la différence entre le coût des soins aux personnes détenues et celui des soins aux patients de droit commun et non la totalité du coût des soins dispensés.

Article 52

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

1° Au 9° de l'article L. 312-1, après les mots : « les structures dénommées "lits halte soins santé" », sont insérés les mots : « , les structures dénommées "lits d'accueil médicalisés" » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 314-3-3, les mots : « et les structures dénommées lits halte soins santé » sont remplacés par les mots : « , les structures dénommées "lits halte soins santé" et les structures dénommées "lits d'accueil médicalisés" ».

II. - A l'article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « les structures dénommées "lits halte soins santé" », sont insérés les mots : « , les structures dénommées "lits d'accueil médicalisés" ».

III. - Par dérogation à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, les structures dénommées « lits d'accueil médicalisés » ayant fait l'objet d'un agrément par l'arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité, au titre de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale, sont réputées autorisées, au titre du 9° du I de l'article L. 312-1, dans les conditions du II de l'article L. 312-1 et de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, à compter du 1^{er} janvier 2013.

Exposé des motifs

Les lits d'accueil médicalisés ont été créés à titre expérimental en 2009 afin de permettre l'accueil de personnes sans domicile fixe et atteintes de pathologies chroniques lourdes et au pronostic sombre (Alzheimer, schizophrénie, psychose, cancers à un stade avancé ...).

Cette expérimentation menée depuis quatre ans a fait l'objet d'une évaluation par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, suivie par un comité d'évaluation, dont il ressort que ces structures ne se substituent à aucun mode de prise en charge existant et répondent à un besoin jusqu'à présent non couvert par les structures existantes en faveur d'une population atteinte de pathologies lourdes et d'autant plus fragilisée que largement désocialisée. L'utilité éprouvée de ces structures dans l'accès aux soins des publics précaires, fragilisés par la maladie et l'exclusion, conduit le Gouvernement à proposer de les pérenniser.

Le présent article inscrit ces structures de manière pérenne dans le code de l'action sociale et des familles en le rangeant dans la catégorie des établissements et services sociaux et médico-sociaux assurant l'accueil et l'accompagnement des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, financés à ce titre par le 6^{ème} sous-objectif de l'ONDAM qui assurerait déjà le financement de l'expérimentation.

Par ailleurs, il est prévu une dérogation aux dispositions relatives au régime d'autorisation de cette catégorie d'établissements en réputant autorisées les structures expérimentatrices agréées par l'arrêté du 20 mars 2009 portant agrément pour l'expérimentation.

Article 53

I. - L'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 162-25. - Par dérogation à l'article L. 332-1 :

« 1° L'action des établissements de santé mentionnés aux *a* à *d* de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte ;

« 2° L'action des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées mentionnés aux 2°, *b* du 5° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et qui relèvent d'une tarification sous forme de prix de journée, pour le paiement par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code des prestations et soins médicaux supportés par l'assurance maladie, se prescrit par un an à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée à la caisse. »

II. - Les dispositions du 2° de l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux prestations délivrées à compter du 1^{er} janvier 2013 par les établissements médico-sociaux concernés.

Exposé des motifs

Les établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée disposent actuellement pour émettre et modifier leurs factures auprès de l'assurance maladie d'un délai de deux ou cinq ans, selon les catégories d'établissements. Ce délai ne favorise pas une facturation au fil de l'eau par les établissements et rend difficile le suivi infra-annuel des dépenses financées sur le champ de l'ONDAM médico-social, ainsi que l'imputation au bon exercice de rattachement.

Ce constat a été souligné par la Cour des comptes dans son rapport sur la certification des comptes de la CNAMTS pour l'exercice 2010 mais également par l'IGAS dans le cadre du rapport sur le respect de l'objectif global de dépenses rendu en mars 2011.

La mesure proposée permettra de fiabiliser le suivi de la dépense et les constats de réalisation de l'objectif global de dépenses, sur le champ des établissements pour personnes handicapées fonctionnant en prix de journée.

Compte tenu de difficultés similaires pour les établissements de santé, le délai dont disposent les établissements de santé pour émettre et rectifier leurs données de facturation à l'assurance maladie a déjà été réduit de deux à un an (article L. 162-25 du code de la sécurité sociale). Il est proposé de mettre en œuvre des dispositions similaires pour les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées tarifés au prix de journée.

La mesure fixe ainsi un délai d'un an pour l'émission et la rectification des données de facturation des établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée. Au terme de ce délai d'un an, l'émission et la rectification de factures relatives aux prestations réalisées n'est pas possible.

La facturation des établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée étant réalisée mensuellement, le point de départ du délai de facturation est fixé au 1^{er} jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation.

La mesure proposée est applicable aux prestations réalisées par les établissements médico-sociaux concernés à compter du 1^{er} janvier 2013.

Article 54

I. - Les huitième, neuvième et dixième alinéas de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles sont supprimés.

II. - Le 4° du XXI de l'article L. 543-1 du même code est abrogé.

III. - Le 4° du I de l'article 80 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 est abrogé.

IV. - Les dispositions du I et du II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2013.

Exposé des motifs

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu la conduite d'expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge financière dans les forfaits soins des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) ou n'en partageant pas une par le biais d'un groupement de coopération sanitaire. La loi n° 2010-1534 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 en a reporté l'échéance au 1er janvier 2013.

L'évaluation de cette expérimentation n'a pas permis d'identifier de gains tant en termes de qualité de la prescription qu'en termes de maîtrise de la prescription et des coûts associés.

Aussi, il est proposé de mettre fin à cette expérimentation et de supprimer le passage automatique, en 2013, à la généralisation du financement des médicaments dans le cadre d'un forfait.

Toutefois, afin de permettre d'organiser la sortie d'expérimentation des EHPAD dans de bonnes conditions, il convient de prévoir une période transitoire de six mois. Aussi, la mesure met fin à l'expérimentation à compter du 1er juillet 2013 pour revenir, à compter de cette date, à un financement sur l'enveloppe soins de ville des dépenses de médicaments dans les EHPAD concernés.

Le sujet de l'amélioration de la qualité de la prescription chez le sujet âgé, et particulièrement celui des résidents en EHPAD demeure un enjeu majeur tant en termes financiers que de santé publique. Aussi, dès 2013, un plan d'action sera mis en place visant à améliorer la prise en charge médicamenteuse chez les personnes âgées, dont les résidents des EHPAD.

Article 55

L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au *a bis* du 1 et du 2 du I, l'année : « 2012 » est remplacée par les années : « 2012 et 2013 » ;

2° Au dernier alinéa du III, l'année : « 2012 » est remplacée par les années : « 2012 et 2013 » ;

3° Au *a bis* et au *b bis* du V, l'année : « 2012 » est remplacée par les années : « 2012 et 2013 ».

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 avait prévu la mise en œuvre pour 2012 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 2013.

Article 56

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 731-13, après les mots : « et maternité », sont insérés les mots : « à l'exception de la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L. 732-4 » ;

2° Après l'article L. 731-35, il est inséré deux articles L. 731-35-1 et L. 731-35-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 731-35-1. - Pour la couverture des prestations mentionnées à l'article L. 732-4, une cotisation forfaitaire est à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

« Cette cotisation, qui est due par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant son activité à titre exclusif ou principal, est valable à la fois pour lui-même et pour les personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 732-4.

« La charge des prestations prévues à l'article L. 732-4 ainsi que les frais de gestion et de contrôle médical sont couverts intégralement par le produit de la cotisation dont le montant est fixé, en tant que de besoin, chaque année, par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale, après avis d'une section spécialisée du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles comprenant des représentants de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, du groupement mentionné à l'article L. 731-31 et des organisations représentatives des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

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

« Art. L. 731-35-2. - La Caisse centrale de mutualité sociale agricole gère un fonds spécial destiné à financer les indemnités journalières mentionnées à l'article L. 732-4 et alimenté par les cotisations prévues à l'article L. 731-35-1.

« Les excédents constatés chaque année donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.

« La Caisse centrale de mutualité sociale agricole rend compte annuellement de la gestion de ce fonds spécial à la section spécialisée du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles mentionnée à l'article L. 731-35-1. » ;

3° L'article L. 732-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 732-4. - Bénéficient d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée :

« 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 exerçant à titre exclusif ou principal ;

« 2° Les collaborateurs d'exploitation mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° ;

« 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1°.

« Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée.

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

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

« *Art. L. 732-4-1.* - L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752-5. Elle est majorée à l'issue de périodes d'incapacité fixées par décret. » ;

5° L'article L. 732-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 732-6.* - Les prestations allouées en application de l'article L. 732-3 sont, sous réserve des articles L. 732-4 et L. 732-7 à L. 732-9, celles que prévoit la section 2 du chapitre II du titre IV du présent livre relative à l'assurance maladie, maternité, invalidité des salariés des professions agricoles. » ;

6° L'article L. 732-7 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « Ces statuts et règlements » sont remplacés par les mots : « les statuts et règlements des organismes d'assurance mentionnés à l'article L. 731-30 » ;

7° A l'article L. 732-15, les mots : « en nature » sont supprimés ;

8° Au premier alinéa de l'article L. 762-4, après les mots : « invalidité, maternité », sont insérés les mots : « à l'exception de la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L. 762-18-1 » ;

9° Après l'article L. 762-13, il est inséré un article L. 762-13-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 762-13-1.* - Pour l'application de l'article L. 731-13 concernant la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L. 732-4, la référence à l'article L. 732-4 est remplacée par la référence à l'article L. 762-18-1. » ;

10° L'article L. 762-18 est ainsi modifié :

a) A l'avant dernier alinéa, les mots : « et des accidents de la vie privée » sont supprimés ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

11° Après l'article L. 762-18, il est inséré un article L. 762-18-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 762-18-1. - Bénéficient d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée :

« 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 762-7 exerçant à titre exclusif ou principal ;

« 2° Les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° ;

« 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés à l'article L. 722-10 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1°.

« Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée.

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

12° Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

Exposé des motifs

Attendue depuis longtemps par la profession agricole, cette mesure a pour objet d'étendre le champ de la couverture sociale des exploitants agricoles en prévoyant le versement d'indemnités journalières aux personnes relevant du régime non salarié agricole ayant dû interrompre leur activité sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée. La profession agricole, dans toutes ses composantes, souhaite la mise en place d'un système permettant de compenser le préjudice économique né de l'interruption du travail de l'assuré. Cette mesure constitue par conséquent une avancée notable.

Le dispositif proposé sera autofinancé et auto-équilibré, géré dans le respect du principe de la pluralité d'assureurs qui régit le fonctionnement de l'assurance maladie des exploitants agricoles depuis 1961. Les prestations versées après un délai de carence raccourci en cas d'hospitalisation seront forfaitaires et financées par une cotisation également forfaitaire couvrant l'ensemble des non salariés agricoles de l'exploitation.

Les modalités d'application seront fixées par décret : il est prévu que le montant de l'indemnité journalière maladie, versé après un délai de carence, soit aligné sur l'indemnité journalière d'accident du travail des exploitants agricoles, soit 20 € du 1^{er} au 28^{ème} jour, puis 27 € à compter du 29^{ème} jour. Sous ces hypothèses, le coût global de la mesure sera de 73 M€, financé par une cotisation forfaitaire d'un montant de 170 € par an couvrant l'ensemble des non salariés de l'exploitation.

Article 57

A. - 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 370,27 millions d'euros pour l'année 2013.

B. - Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 85 millions d'euros pour l'année 2013.

C. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 22,2 millions d'euros pour l'année 2013.

D. - 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 2013, à 160 millions d'euros, selon une répartition entre les régimes fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

E. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé à 43 millions d'euros pour l'année 2013. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 65,1 millions d'euros pour l'année 2013.

F. - 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 83,65 millions d'euros pour l'année 2013, qui sont répartis entre actions par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées.

G. - A l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, il est inséré un III *quinquies* ainsi rédigé :

« III quinquies. - Le fonds peut financer les missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé déléguées par le ministre en charge de la santé au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. »

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

A. - Le titre III du livre I^{er} est ainsi modifié :

1° L'article L. 138-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 138-8. - Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

2° L'article L. 138-18 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 138-18.* - Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »

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

1° Au 2° de l'article L. 161-45, les mots : « les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 » sont remplacés par les mots : « des conditions fixées par décret » ;

2° A l'article L. 162-18, les mots : « , la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole » sont supprimés ;

3° L'article L. 162-37 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-37.* - Le montant des remises prévues aux articles L. 162-18 et L. 165-4 est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

4° A l'article L. 165-4, les mots : « , la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole » sont supprimés.

C. - La seconde phrase du II de l'article L. 221-1-1 est remplacée par les dispositions suivantes :

« Le versement et la répartition de la dotation entre les régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret. »

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

A. - Le douzième alinéa de l'article L. 1142-23 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance versée et répartie dans des conditions fixées par décret. »

B. - Au 4° de l'article L. 1222-8, après les mots : « organismes d'assurance maladie », sont insérés les mots : « . La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ».

C. - Le 2° de l'article L. 1417-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ; ».

D. - Le 2° de l'article L. 1418-7 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret ; ».

E. - Au 5° de l'article L. 3135-4, les mots : « répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « . Le versement et la répartition de la contribution entre les régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret ».

F. - Au 1° de l'article L. 6113-10-2, les mots : « versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « . Le versement et la répartition de la contribution entre les régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret ».

III. - Le 3° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est abrogé.

IV. - Le 2° du I de l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ; ».

V. - Au troisième 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 : « , versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « . La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ».

VI. - A l'article 69 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, les mots : « les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « des conditions fixées par décret ».

VII. - Au premier alinéa du V de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, la deuxième phrase est remplacée par la phrase suivante :

« Le versement et la répartition entre les différents régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret. »

Exposé des motifs

A. - Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a été créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 qui dispose que : « Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ».

La création du fonds régional d'intervention (FIR) par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a entraîné une redéfinition du périmètre du FMESPP. Une partie des missions antérieurement dévolues au FMESPP ont été transférées au FIR. Il s'agit notamment de :

- l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;

- la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins ainsi que des prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière engagées par des établissements ou par les ARS pour les établissements de leur région.

L'action du FMESPP est donc recentrée sur le financement de mesures nationales, en particulier les investissements faisant l'objet d'un financement national et l'accompagnement des restructurations suivies au plan national dans le cadre du comité des risques financiers.

Pour la première fois en 2013, le montant de la dotation au FMESPP voté en LFSS tient compte de ce changement de périmètre. L'évaluation des besoins de financement au titre du FMESPP conduit à proposer de fixer le montant de la dotation (hors FIR) pour 2013 à hauteur de 370,27 M€, qui traduit un effort important en faveur de l'investissement hospitalier.

B. - Il est proposé de fixer à 85 M€ la dotation pour 2013 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 88,4 M€ (hors reprise sur provisions). La prise en compte des réserves évaluées au 31 décembre 2012 ramène le besoin de financement à 85 M€. Les réserves de l'ONIAM, au 31 décembre 2013, seraient alors de l'ordre de 13 M€, lui assurant la réserve prudentielle nécessaire.

C. - Il est proposé de fixer à 22,2 M€ pour 2013 le montant de la contribution de l'assurance maladie au financement de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), selon les modalités définies à l'article L. 3135-4 du code de la santé publique.

En effet, cet article prévoit que la contribution des régimes de base d'assurance maladie au financement de l'EPRUS ne peut excéder 50 % des dépenses effectuées relatives aux produits de santé nécessaires pour protéger la population contre une menace sanitaire grave. Il est prévu que ce plafond s'apprécie sur des périodes données de 3 années consécutives. La dotation 2013 doit ainsi marquer l'ouverture du triennal 2013-2015.

La programmation prévisionnelle de l'EPRUS, pour sa partie cofinancée, s'élève à 44,2 M€ en 2013, 44,4 M€ en 2014 et à 44,7 M€ en 2015. L'assiette pour établir le plafond de contribution 2013-2015 est ainsi fixée à 133,3 M€ et les dotations inscrites en PLFSS pour l'EPRUS sur 2013-2015 ne devront en conséquence pas excéder 66,6 M€.

La dotation 2013 permettra de financer les dépenses liées à la gestion des produits de santé des stocks stratégiques de l'Etat :

- le renouvellement des antibiotiques et antidotes nécessaires à la mise en œuvre du plan NRBC (Arme nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique) ;

- le renouvellement des produits liés à l'application du plan gouvernemental « pandémie grippale » ;

- la construction de l'entrepôt de stockage central.

D. - L'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires introduit un article L. 1432-6 nouveau au code de la santé publique, qui dispose que les contributions des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé au titre de leurs budgets de gestion sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a fixé à 160 M€ le montant de cette contribution pour l'exercice en cours.

Ce montant est reconduit au titre de l'année 2013. Il prend en compte les efforts de gestion demandés à l'ensemble des opérateurs de service public au titre de leurs dépenses de personnel et de fonctionnement.

E. - Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins finance notamment :

- des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville ;

- des actions ou des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.

Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, en application de l'article L 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions du E du présent article fixent le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FIQCS à 43M€ pour l'année 2013. Il fixe également le montant maximal des dépenses du fonds à 65,1 millions d'euros pour l'année 2013.

F. - L'article L.1432-6 du code de la santé publique dispose que parmi les ressources des agences régionales de santé (ARS) figurent : « 3° Des contributions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux » et précise que ce montant est fixé en loi de financement de la sécurité sociale. La répartition de cette contribution relève d'un arrêté interministériel. Il est proposé de fixer ce montant à 83,65 M€ pour l'année 2013.

G. - Les dispositions du G du présent article visent à faciliter le financement des missions confiées à l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) au bénéfice direct des établissements de santé. En effet, le cadre juridique du FMESPP ne lui permet pas de financer des opérations de développement de systèmes d'information au bénéfice des établissements de santé, lorsqu'elles nécessitent d'être mise en œuvre au niveau national, par le biais de l'ASIP, alors que les établissements peuvent en revanche avoir accès au FMESPP pour des projets locaux.

C'est le cas notamment du projet de modernisation des systèmes d'information et de télécommunications des SAMU-centres 15. En effet, les SAMU disposent aujourd'hui de systèmes d'information hétérogènes, ce qui conduit à rechercher le développement d'un SI pouvant être mis à disposition de l'ensemble des SAMU. La modernisation des SAMU doit permettre de garantir un niveau homogène de sécurité des systèmes d'information et de télécommunication des 101 SAMU-centres 15. Les outils mis à disposition doivent également permettre de faire face à des afflux d'appels massifs en cas de crise sanitaire ainsi qu'apporter une souplesse d'organisation et des transferts d'appels en cas de débordement. Enfin, la bonne articulation entre les systèmes d'information et de télécommunication des SAMU-centres 15 et les autres systèmes d'information du secteur sanitaire doit pouvoir être garantie.

Il est donc indispensable de permettre la mise en place de modalités de financement nationales pour les projets réalisés à l'échelle nationale, permettant de financer simultanément la maîtrise d'ouvrage déléguée à l'agence ainsi que, le cas échéant, la prise en charge de certains investissements. A cette fin, il est proposé une modification du cadre juridique des crédits nationaux, dans le cadre du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Cette modification est cohérente avec l'objet du financement, qui concerne exclusivement des dépenses d'investissement.

H. - Il s'agit ici de dispositions de simplification et de rationalisation.

Elles permettent d'homogénéiser les modalités de répartition de la participation des régimes d'assurance maladie au financement de divers fonds et établissements. La répartition de la dotation de chacun des régimes à ces fonds et établissements s'effectue actuellement selon des clés hétérogènes, ce qui est source de complexité. C'est pourquoi il est proposé que ces dépenses soient désormais réparties entre les régimes selon une clé de répartition unique, dans un souci d'équité entre les différents régimes, en fonction du montant total des prestations versées par chacun d'entre eux.

Ces dispositions prévoient également, du fait de l'intégration financière des régimes agricoles à la CNAMTS et des modalités d'équilibrage du régime social des indépendants, d'affecter à la CNAMTS les taxes perçues sur les laboratoires actuellement partagées entre les quatre principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régimes agricoles, régime des indépendants non agricoles).

Article 58

Pour l'année 2013, 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 190,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 165,0 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le montant relatif aux dépenses des branches maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale, supérieur de 5,2 Md€ à l'objectif pour 2012, correspond à une progression de 2,8 %. Pour le seul régime général, cela correspond à un montant en hausse de 4,5Md€, soit 2,8 %.

Ce taux d'évolution résulte d'un ONDAM de 2,7 % pour 2013, en hausse de 0,2 point par rapport à 2012, 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 59

Pour l'année 2013, 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	80,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,7
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	175,4

Exposé des motifs

Le taux d'évolution de l'ONDAM, fixé à 2,7 % par rapport au montant prévisionnel des dépenses pour l'année 2012, est en hausse de 0,2 point par rapport au taux d'évolution de 2012. Le Gouvernement souhaite, par cette proposition, préserver le niveau des prises en charge et d'investir en faveur de la santé des Français.

Conformément aux engagements pris dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques, le montant de l'ONDAM sera ainsi fixé à 175,4 Md€ pour 2013. Cela représente 4,6 Md€ supplémentaires consacrés à la santé par rapport à 2012.

Le respect d'un objectif de dépenses en hausse de 2,7 % nécessitera un effort d'économie par rapport à la croissance spontanée des dépenses à hauteur de 2,4 Md€ en 2013. Ces mesures d'économies seront avant tout atteintes par une plus grande efficacité du système de soins.

Un taux d'évolution équilibré pour la ville et l'hôpital, de 2,6 %, permettra de traduire un effort structurel en faveur du développement des soins ambulatoires, cohérent avec les évolutions des modes de prise en charge, qui permettra de mettre en œuvre la stratégie de renforcement des soins de proximité. Il permettra également d'assurer le financement de la politique d'investissement hospitalier, consacrée comme l'une des priorités de l'ONDAM 2013. Un ONDAM médico-social en hausse de 4% permettra enfin de marquer l'effort de solidarité en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Les autres prises en charge évolueront, comme en 2012, de 5,9 %.

L'annexe 7 au présent projet de loi de financement présente de façon détaillée les conditions de la construction de l'ONDAM pour 2013.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse**Article 60**

Au premier alinéa de l'article L. 732-21 du code rural et de la pêche maritime, après les mots : « pension de retraite », sont ajoutés les mots : « , composée de la retraite forfaitaire et de la retraite proportionnelle dans les conditions prévues aux 1° et 2° des articles L. 732-24 et L. 762-29. Les modalités de calcul de la pension sont fixées par décret. »

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de permettre aux personnes non salariées agricoles devenue invalides après avoir interrompu leur activité agricole en raison de leur état de santé de bénéficier, en sus de leur retraite forfaitaire, du minimum de points de retraite proportionnelle correspondant à leur dernier statut d'activité (chef d'exploitation, conjoint collaborateur, aide familial), pour les périodes pour lesquelles une pension d'invalidité ou une rente d'accident du travail leur a été servie. Cette mesure améliore par conséquent la couverture sociale dont bénéficie la profession agricole.

Article 61

I. - Le I et le II de l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les dispositions suivantes :

« I. - Les ressources de ce fonds sont celles qui lui sont spécifiquement affectées par les parties conventionnelles.

« II. - Pour les médecins libéraux, le fonds peut participer au financement de l'aide mentionnée à l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

« Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures mentionnées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, le fonds peut financer le développement professionnel continu et participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice des professionnels de santé libéraux dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie. »

II. - L'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est abrogé.

III. - Le solde, constaté au 31 décembre 2012, de la sous-section du fonds mentionné à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale retraçant les recettes et les dépenses liées au produit de la cotisation et au versement de l'allocation de remplacement prévues à l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est affecté à la section du fonds relative aux médecins.

Exposé des motifs

Le régime de cessation anticipée d'activité des médecins, créé par l'article 4 de la loi du 5 janvier 1988 et visant à permettre aux médecins âgés d'au moins 57 ans ayant cessé toute activité libérale de bénéficier d'une allocation de remplacement jusqu'à l'âge de 65 ans, a été fermé par l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et n'a plus accueilli de nouveau bénéficiaire après le 1er janvier 2004. Les dernières pensions seront servies fin 2012.

Dans ce contexte, le présent article propose d'abroger le texte législatif instituant le régime et prévoyant l'appel d'une cotisation sur les médecins, ainsi que d'affecter les excédents de cotisations accumulés avant 2003 à la section « médecins » du Fonds d'actions conventionnelles (FAC). Une partie des cotisations ayant permis de constituer les réserves du régime (31,25 %) ont, en effet, été versées par les médecins.

Par ailleurs, à l'occasion de cette mesure, les dispositions régissant le FAC sont précisées : le financement d'actions d'accompagnement de l'informatisation est étendu à l'ensemble des professionnels de santé libéraux (et non exclusivement aux médecins) ; il n'est plus fait mention du dispositif de conversion à la médecine du travail, lequel n'est plus mis en œuvre en pratique.

Article 62

L'article L. 645-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du premier alinéa, une valeur de service plus favorable peut être prévue par décret pour les pensions de réversion, au titre d'un nombre de points n'excédant pas un seuil défini par décret. »

Exposé des motifs

Les régimes des prestations complémentaires de vieillesse des professions médicales (désignés usuellement sous le terme « ASV ») sont des régimes conventionnels rendus obligatoires à la fin des années 1970. Ces régimes, dont les paramètres sont définis par la voie réglementaire, sont très largement cofinancés par l'assurance maladie.

L'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a mis en place les outils permettant de réformer ces régimes, pour en assurer la pérennité financière. En particulier, l'article L. 645-5 du code de la sécurité sociale a autorisé le pouvoir réglementaire à différencier la valeur de service du point en fonction de l'année d'acquisition des points et de liquidation de la pension.

Plusieurs réformes ont ainsi été menées sur cette base. Toutefois, afin de partager de manière équitable les efforts demandés aux assurés, il est juste qu'un traitement particulier puisse être réservé aux pensions de réversion (par construction plus faibles que les pensions de droit propre dont elles sont issues) et en particulier aux plus modestes d'entre elles. C'est pourquoi le présent article explicite en ce sens le renvoi actuel au pouvoir réglementaire, en précisant qu'une valeur de service plus favorable peut être appliquée aux titulaires des pensions de réversion, pour leur part n'excédant pas un certain seuil (afin de bénéficier proportionnellement davantage aux pensions les plus modestes), pour les pensions de réversion liquidées avant le 1^{er} janvier 2006 ou pour les pensions de réversion issues de pension de droit direct liquidées avant cette date.

Article 63

I. - Le code des transports est ainsi modifié :

1° L'article L. 5552-31 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « une fraction de la pension de réversion » sont remplacés par les mots : « une fraction définie par décret en Conseil d'État de la pension dont le marin était ou aurait été titulaire » ;

b) Au second alinéa, après les mots : « si celui-ci ne peut prétendre à pension » sont ajoutés les mots : « de réversion », après les mots : « passent aux enfants », sont ajoutés les mots : « dans les conditions fixées à l'article L. 5552-36 » et après les mots : « fixé par le premier alinéa », sont ajoutés les mots : « et de l'âge prévu à l'article L. 5552-33 » ;

2° L'article L. 5552-34 est abrogé ;

3° L'article L. 5552-36 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 5552-36. - En cas de pluralité d'ayants cause du marin, la pension de réversion prévue par l'article L. 5552-25 est répartie entre les bénéficiaires des différents lits comme suit :

« a) Les conjoints survivants ou divorcés ayant droit à la pension de réversion ont droit au total à une part de la pension de réversion correspondant au rapport entre leur nombre et le nombre total de lits en présence. Cette part est ensuite partagée entre eux au prorata de la durée respective de chaque mariage. Un lit est représenté soit par le conjoint survivant, soit par chaque conjoint divorcé survivant, soit par chaque groupe d'orphelins du marin dont l'autre parent n'a pas ou plus droit à pension de réversion ;

« b) La différence entre le montant global de la pension de réversion et la part de cette pension versée aux conjoints survivants ou divorcés en application du a est répartie également entre les orphelins ayant droit à cette pension et qui représentent un lit. » ;

4° L'article L. 5552-37 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 5552-37. - Lorsqu'au décès du marin, il existe plusieurs conjoints ou anciens conjoints survivants, ayant droit à l'allocation annuelle proportionnelle prévue à l'article L. 5552-29, cette allocation est répartie entre eux au prorata de la durée respective de chaque mariage. » ;

5° A l'article L. 5552-44, après les mots : « Sous réserve des dispositions des articles L. 5552-7, L. 5552-10, L. 5552-31 », sont insérés les mots : « , L. 5552-36, L. 5552-37 ».

II. - Le I est applicable aux pensions de réversion liquidées à compter du 1^{er} janvier 2013.

Dans les cas où son application conduit à une révision et à une liquidation d'une pension inférieure à ce que percevait l'ayant cause du marin avant le 1^{er} janvier 2013, cet ayant cause conserve le bénéfice de l'ancienne pension jusqu'à la notification du nouveau montant calculé conformément à l'article L. 5552-36 du code des transports, dans sa rédaction issue de la présente loi. Le trop-perçu ne peut faire l'objet d'aucune demande de l'administration tendant à la répétition des sommes indûment versées.

Exposé des motifs

La mesure proposée vise à étendre à partir du 1^{er} janvier 2013, au régime de retraite des marins, les nouvelles modalités de partage de la pension de réversion entre ayants-droit d'un même assuré qui ont été instituées dans la fonction publique par l'article 162 de la loi de finances pour 2012 à la suite d'une décision du Conseil constitutionnel du 25 mars 2011 qui avait jugé les règles précédemment en vigueur contraires au principe d'égalité.

Ces dispositions rétablissent un traitement des orphelins conforme au principe d'égalité en prévoyant que l'ensemble des pensions de réversion attribuées aux orphelins à compter du 1^{er} janvier 2013 seront de même montant, indépendamment du nombre d'orphelins dans chaque lit.

L'article procède enfin à des clarifications rédactionnelles concernant les pensions d'orphelins.

Article 64

Pour l'année 2013, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 218,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 115,3 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif dépenses 2013 de la branche vieillesse de l'ensemble des régimes obligatoires de base augmente de 4,1 % par rapport à l'objectif 2012, pour s'établir en prévision à 218,6 Md€.

Cette évolution modérée préserve l'impératif de justice sociale qui doit fonder notre système de retraite, avec la possibilité ouverte par le Gouvernement d'un départ à la retraite à 60 ans pour ceux qui ont commencé à travailler avant 20 ans.

Section 3
**Dispositions relatives aux dépenses de la branche accidents du travail
et maladies professionnelles**

Article 65

I. - Le code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :

1° L'article L. 241-10 est modifié ainsi qu'il suit :

a) Au sixième alinéa, les mots : « de la législation des accidents du travail ou » sont supprimés ;

b) Après le sixième alinéa du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« - soit d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne servie au titre de la législation des accidents du travail ; »

2° Le troisième alinéa de l'article L. 434-2 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« La victime titulaire d'une rente dont l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum a droit à une prestation complémentaire pour recours à tierce personne lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie. Le barème de cette prestation est fixé en fonction des besoins d'assistance par une tierce personne de la victime, évalués selon des modalités précisées par décret. Elle est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 341-6. »

3° Le 2° de l'article L. 413-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° la prestation complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2 ; »

4° A l'article L. 413-7, le mot : « majorations » est remplacé par les mots : « prestations » ;

5° A l'avant dernier alinéa de l'article L. 443-1, les mots : « majoration pour tierce personne » sont remplacés par les mots : « prestation complémentaire pour recours à tierce personne » ;

6° Au huitième alinéa de l'article L. 821-1, les mots : « majoration pour aide d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2 » sont remplacés par les mots : « prestation complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2 ».

II. - A l'article L. 232-23 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne prévue à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale », sont ajoutés les mots : « ni avec la prestation complémentaire pour recours à tierce personne prévue à l'article L. 434-2 de ce même code ».

III. - Au septième alinéa de l'article L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « le montant de la rente est majoré. La majoration ne peut être inférieure au montant minimum prévu au » sont remplacés par les mots : « cette victime a droit à la prestation complémentaire pour recours à tierce personne prévue au ».

IV. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} mars 2013.

Les bénéficiaires de la majoration pour tierce personne prévue au troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur du présent article en conservent le bénéfice tant qu'ils en remplissent les conditions d'attribution. Ils peuvent à tout moment opter, dans des conditions prévues par décret, pour le bénéfice de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne. Ce choix est définitif.

Exposé des motifs

Les salariés dont l'incapacité permanente, par suite d'un sinistre professionnel, est d'au moins 80 % et qui sont dans l'incapacité d'effectuer les actes ordinaires de l'existence sans l'assistance d'une tierce personne bénéficient d'une prestation spécifique, la majoration pour tierce personne (MTP).

Cependant, le calcul du montant de cette majoration n'est pas fondé sur leurs besoins effectifs : même si l'existence d'un montant « plancher » vient tempérer cet effet, l'aide est fixée à 40 % de la rente, elle-même fonction du salaire des douze mois de travail ayant précédé l'arrêt de travail.

Conformément au souhait exprimé par les partenaires sociaux dans l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007 relatif à la prévention, à la tarification et à la réparation des risques professionnels, la mesure proposée consiste donc à remplacer la MTP par une nouvelle prestation dont le montant ne dépend plus de celui de la rente. Elle est fonction du seul besoin d'assistance d'une tierce personne. Trois forfaits seront fixés règlementairement, avec un barème mieux différencié et une amélioration de la prise en charge pour les situations les plus lourdes. A terme, le montant financier consacré par les branches AT-MP à cette nouvelle « prestation complémentaire pour recours à tierce personne » correspondra au double de celui consacré à la MTP.

Le degré de perte d'autonomie de l'assuré sera apprécié par le médecin-conseil selon une grille d'évaluation fixée aussi par voie réglementaire. La simplicité d'utilisation du barème sera un élément déterminant de la mesure, afin de permettre une attribution rapide de la prestation.

Les autres dispositions de l'article tirent les conséquences de l'intitulé de la nouvelle prestation qui remplace la majoration pour tierce personne et procèdent aux ajustements nécessaires dans les articles du code de la sécurité sociale, du code rural et de la pêche maritime et du code de l'action sociale et des familles.

L'article entre en vigueur le 1^{er} mars 2013. Les bénéficiaires d'une MTP pourront, soit la conserver tant qu'ils rempliront les conditions d'attribution, soit opter, à tout moment, dans des conditions définies par décret, pour le bénéfice de la nouvelle prestation.

Article 66

I. - Le code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :

1° L'article L. 452-2 est ainsi modifié :

a) Au sixième alinéa, les mots : « le montant par l'imposition d'une cotisation complémentaire dont le taux et la durée sont fixés par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sur la proposition de la caisse primaire, en accord avec l'employeur, sauf recours devant la juridiction de la sécurité sociale compétente. » sont remplacés par les mots : « le capital représentatif auprès de l'employeur dans des conditions déterminées par décret. » ;

b) Les deux derniers alinéas sont supprimés.

2° Après l'article L. 452-3, il est inséré un article L. 452-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 452-3-1.* - Quelles que soient les conditions d'information de l'employeur par la caisse au cours de la procédure d'admission de l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie, la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur par une décision de justice passée en force de chose jugée emporte l'obligation pour celui-ci de s'acquitter des sommes dont il est redevable à raison des dispositions des articles L. 452-1 à L. 452-3. »

3° Au dernier alinéa de l'article L. 452-4, les mots : « des cotisations complémentaires prévues à l'article L. 452-2 et, au cas de cession ou de cessation de l'entreprise, le paiement du capital mentionné au même article sont garantis » sont remplacés par les mots : « du capital prévu à l'article L. 452-2 ».

II. - Les dispositions du 1° et 3° du I sont applicables au titre des majorations de rente et d'indemnités en capital ayant pris effet à compter du 1^{er} avril 2013. Les dispositions du 2° sont applicables aux actions en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur introduites devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2013.

Exposé des motifs

Lorsqu'un accident du travail ou une maladie professionnelle est imputable à une faute inexcusable de l'employeur, la victime, si elle est atteinte d'une incapacité permanente, a droit à une majoration de la rente ou du capital et, quoi qu'il en soit, à l'indemnisation de l'ensemble des préjudices qui ne sont pas réparés par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les sommes correspondantes lui sont versées par la caisse, qui se retourne ensuite contre l'employeur.

Dans plus de la moitié des cas (56 %) cependant, ces sommes ne peuvent être effectivement récupérées.

Pour un quart d'entre elles, c'est en raison de la disparition ou de l'insolvabilité de l'employeur, qui pose des difficultés spécifiques dans la mesure où la majoration de rente ou de capital est recouvrée par une cotisation complémentaire sur des périodes qui peuvent aller jusqu'à 20 ans. Le présent article propose donc que ces sommes soient désormais recouvrées sous forme de capital.

Mais la majorité des sommes non recouvrées (près de 20 M€) sont afférentes aux sinistres dans lesquels l'employeur se prévaut de l'inopposabilité à son encontre de la décision de reconnaissance par la caisse d'assurance maladie du caractère professionnel du sinistre. En effet, la reconnaissance de la faute inexcusable par le juge, alors même qu'elle est nécessairement précédée de la reconnaissance, dans le cadre de l'instance en reconnaissance de faute inexcusable à laquelle l'employeur est partie, du caractère professionnel du sinistre, n'empêche pas l'employeur de faire échec à la récupération des indemnités que la caisse a versées à la victime ou à ses ayants droit, s'il n'a pas été mis en capacité de présenter ses éventuelles observations lorsque la caisse a reconnu le caractère professionnel du sinistre.

L'irrégularité commise dans la phase administrative par la caisse produit ainsi des effets excessifs, alors que l'employeur dispose de la possibilité de contester le caractère professionnel du sinistre dans le cadre de l'instance introduite par le salarié en vue de voir reconnaître une faute inexcusable.

La mesure proposée vise à remédier à cette situation, en distinguant les procédures et en prévoyant que, quelles que soient les conditions d'information de l'employeur par la caisse au cours de la procédure d'admission de l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie, la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur par une décision de justice passée en force de chose jugée emporte l'obligation pour celui-ci de s'acquitter des sommes dont il est redevable à ce titre.

Article 67

I. - L'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est ainsi modifié :

1° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions de la deuxième et de la troisième phrase de l'alinéa précédent sont applicables aux bénéficiaires et anciens bénéficiaires d'une allocation ayant un objet analogue à celle prévue par le présent article et servie à raison de l'exercice d'une activité professionnelle emportant affiliation à un régime mentionné à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux bénéficiaires de pensions de vieillesse servies par l'un de ces régimes. » ;

2° Au premier alinéa du III, les mots : « au dernier alinéa du II » sont remplacés par les mots : « au troisième alinéa du II ».

II. - Au premier alinéa de l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2, L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime » sont remplacés par les mots : « des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2, L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime ou des troisième et quatrième alinéas du II de l'article 41 de la loi n° 98-1194 de financement de la sécurité sociale pour 1999 ».

Exposé des motifs

La présente mesure, en son I, vise à permettre à tous les bénéficiaires d'un dispositif d'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) de liquider simultanément toutes leurs pensions de retraite dès 60 ans s'ils ont une carrière complète. La loi du 9 novembre 2010 avait prévu cette faculté mais ne couvrait pas la totalité des régimes de retraite et des dispositifs de départ anticipé.

En son II, la mesure vise, conformément au principe général de non cumul entre pension d'invalidité et pension de retraite, à supprimer la possibilité de cumul qui subsiste de fait pour les personnes dont l'ACAATA est remplacée par la pension de retraite avant l'âge légal de liquidation de cette dernière.

Article 68

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2013, à 790 millions d'euros.

Exposé des motifs

Cet article fixe, en application de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, le montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie, au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La commission prévue à l'article L. 176-2 du même code, chargée d'évaluer le montant annuel de cette sous-déclaration, s'était réunie au cours du second trimestre 2011 sous la présidence de M. DIRICQ, conseiller-maître à la Cour des comptes. Au terme de ses travaux, elle avait évalué le montant de la sous-déclaration dans une fourchette comprise 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 reconduire cette somme pour 2013.

Article 69

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 115 millions d'euros pour l'année 2013.

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 890 millions d'euros pour l'année 2013.

Exposé des motifs

I. - Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, est financé par une contribution de la branche AT-MP et par une contribution de l'Etat. La contribution de la branche AT-MP est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le total des dépenses pour 2013 est évalué à 390 M€. Compte tenu du résultat cumulé fin 2012 estimé à 337 M€, une dotation de la branche AT-MP de 115 M€ est proposée. Ainsi, et compte tenu des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 80M€), le résultat cumulé fin 2013 s'établirait à 142 M€.

II. - Au 31 juillet 2012, 27 185 personnes bénéficiaient de versements du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Le Fonds est revenu à l'équilibre en 2010 avec un solde excédentaire positif de 9 M€. Toutefois, il convient d'apurer à terme la dette de 230 M€ pour 2011 du FCAATA envers la CNAMTS correspondant aux avances faites par cette dernière afin d'assurer les prestations du Fonds. C'est pourquoi le présent article fixe la dotation de la branche AT-MP à 890 M€.

Article 70

Pour l'année 2013, 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 11,9 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 11,9 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et pour le régime général. Ces objectifs sont stables par rapport à l'exercice 2012.

Ils tiennent compte d'une réduction exceptionnelle de la dotation de la branche au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, compte tenu du niveau important des réserves de ce dernier. Surtout, ils intègrent les différentes réformes portées par le présent projet de loi en faveur de l'amélioration de la prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles, avec en particulier la clarification des procédures en vigueur en cas de faute inexcusable de l'employeur ou encore la refonte du dispositif de soutien financier octroyé en cas de recours à une tierce personne par les salariés présentant une incapacité permanente.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille**Article 71**

Les organismes débiteurs des prestations familiales qui figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre en charge de la famille expérimentent, par dérogation aux dispositions des articles L. 531-1 et L. 531-5 du code de la sécurité sociale, le versement à l'assistant maternel agréé de la prise en charge prévue au *b* de l'article L. 531-5, dans les conditions et selon les modalités fixées au présent article.

1° Peuvent prendre part à l'expérimentation, sous réserve de leur accord :

a) La personne en emploi ou engagée dans un parcours d'insertion sociale ou professionnelle et dont les ressources, telles que définies à l'article L. 262-3 du code de l'action sociale et des familles, sont inférieures au revenu garanti prévu à l'article L. 262-2 du même code ;

b) L'assistant maternel au sens de l'article L. 421-1 du même code dont le nombre de mineurs accueillis simultanément est inférieur à celui qu'il est autorisé à accueillir tel que fixé par l'agrément délivré dans les conditions prévues à l'article L. 421-3 du même code ;

Une convention signée entre l'organisme débiteur des prestations familiales et les personnes mentionnées aux *a* et *b* formalise l'accord des parties et rappelle leurs engagements respectifs, notamment ceux définis aux 2° et 3° du présent article.

Pour l'application des dispositions législatives et réglementaires fiscales et sociales, la prise en charge mentionnée au premier alinéa, versée directement à l'assistant maternel, est considérée comme une rémunération versée par les parents à l'assistant maternel. Les dispositions du *a* du I de l'article L. 531-5 et de l'article L. 531-8 du code de la sécurité sociale leur sont applicables. Les parents employeurs déduisent le montant de la prise en charge de la rémunération qu'ils versent à l'assistant maternel.

2° La personne prenant part à l'expérimentation est l'employeur de l'assistant maternel. Elle s'engage à suivre les actions d'accompagnement proposées par l'organisme débiteur des prestations familiales, les collectivités ou les organismes mentionnés au 5° ;

3° L'assistant maternel prenant part à l'expérimentation s'engage à :

a) Accueillir le ou les mineurs à des horaires spécifiques au sens de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale ou en urgence ou sur des périodes de très courte durée, si les conditions d'accueil le nécessitent ;

b) Suivre les actions d'accompagnement proposées par l'organisme débiteur des prestations familiales, les collectivités ou les organismes mentionnés au 5° ;

4° La participation à l'expérimentation des personnes mentionnées au 1° prend fin en cas de cessation de recours à l'assistant maternel, de notification du souhait de ne plus prendre part à l'expérimentation ou de non respect des engagements prévus au cinquième alinéa. Lorsque les ressources de la personne seule ou du couple dépassent, au cours de l'expérimentation, le revenu garanti mentionné au *a* du 1°, il n'est pas mis fin au versement du complément de libre choix du mode de garde dans les conditions prévues au présent article ;

5° L'expérimentation est conduite par l'organisme débiteur des prestations familiales en partenariat avec les collectivités territoriales ou leurs groupements et les organismes locaux en charge de l'information et du conseil aux professionnels de la petite enfance, pour une durée de deux ans à compter de la publication de l'arrêté mentionné au premier alinéa et au plus tard jusqu'au 1^{er} juillet 2015.

Le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation avant la fin de l'expérimentation, assorti des observations des organismes débiteurs des prestations familiales, des collectivités et organismes ayant participé à l'expérimentation.

Exposé des motifs

A titre expérimental, cet article permet aux organismes débiteurs des prestations familiales (caisses d'allocations familiales et caisses de mutualité sociale agricole) de verser en tiers-payant, directement à l'assistant maternel, l'aide à la garde d'enfants (le complément de libre choix du mode de garde - CMG) normalement versée aux parents employeurs.

Cette mesure constitue une amélioration notable pour les familles modestes et les assistants maternels en sous-activité. En effet, les objectifs de la mesure sont doubles :

- d'une part, permettre aux familles modestes, dont les ressources sont inférieures au revenu garanti dans le cadre du revenu de solidarité active, de recourir à un mode d'accueil individuel, souvent trop onéreux, en les dispensant d'une avance de frais conséquente ;

- d'autre part, permettre à des assistants maternels en sous-activité et volontaires pour participer à l'expérimentation d'accueillir un nombre d'enfants correspondant à l'agrément délivré par le conseil général.

Les organismes débiteurs des prestations familiales dont la liste sera fixée par arrêté du ministre en charge de la famille conduiront l'expérimentation en partenariat avec les collectivités territoriales et les relais d'assistants maternels notamment, pour une durée de deux ans. Le rapport d'évaluation sera transmis au Parlement avant la fin de l'expérimentation.

Article 72

Pour l'année 2013, les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 58,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale à 58,1 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses 2013 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base est en augmentation de 2,9 % par rapport à l'objectif 2012, et s'établit en prévision à 58,6 Md€.

Il tient compte de l'amélioration proposée pour les familles modestes et les assistants maternels en sous-activité à travers l'expérimentation d'un versement en tiers payant de l'aide à la garde d'enfants (le complément de libre choix du mode de garde - CMG) normalement versée aux parents employeurs.

Section 5
**Dispositions relatives aux organismes concourant au financement
des régimes obligatoires**

Article 73

Pour l'année 2013, 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 de l'exercice 2012, 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 2013, il est proposé de maintenir inchangé le niveau de ces transferts, sachant que ce partage de l'effort entre le Fonds et les régimes - question qui s'inscrit dans la problématique plus générale de la clarification du périmètre des dépenses qui doivent relever de la solidarité nationale - a vocation à être réexaminé avec les partenaires sociaux à l'occasion de la concertation sur les retraites prévue en 2013.

Article 74

Pour l'année 2013, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,3

Exposé des motifs

La prévision de charges du Fonds de solidarité vieillesse en 2013, d'un montant de 19,3 Md€, est en progression de 0,7 Md€ par rapport à la prévision pour 2012 (18,6 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 (+5,8 % en 2012 puis +5,6 % en 2013) qui découle de la progression du nombre de chômeurs pris en compte.

Section 6

Dispositions relatives à la gestion interne des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude**Article 75**

I. - L'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « de l'article L. 324-10 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 » et les mots : « à l'article L. 141-11 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 3232-3 » ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.

II. - Après l'article L. 243-7-4 du même code, il est inséré trois articles L. 243-7-5, L. 243-7-6 et L. 243-7-7 ainsi rédigés :

« Art. L. 243-7-5. - Les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 peuvent procéder au redressement des cotisations et contributions dues sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis par les agents mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail. Ces organismes, ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 611-8, mettent en recouvrement ces cotisations et contributions.

« Art. L. 243-7-6. - Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 est majoré de 10 % en cas de constat d'absence de mise en conformité. Un tel constat est dressé lorsque l'employeur n'a pas pris en compte les observations notifiées lors d'un précédent contrôle, que ces observations aient donné lieu à redressement ou non.

« Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 243-7-7. - Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 ou dans le cadre des dispositions de l'article L. 243-7-5 est majoré de 25 % en cas de constat de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail.

« Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

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

1° L'article L. 725-3-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 243-7-5 du code de la sécurité sociale est applicable aux régimes de protection sociale agricole sous réserve de remplacer la référence aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale par la référence à l'article L. 723-3 du présent code. » ;

2° Après l'article L. 725-22, il est ajouté un article L. 725-22-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 725-22-1. - Les articles L. 243-7-6 et L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale sont applicables aux régimes de protection sociale agricole, sous réserve de remplacer la référence à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale par la référence à l'article L. 724-7 du présent code.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

3° Le troisième alinéa de l'article L. 741-10 est supprimé.

Exposé des motifs

La lutte contre les fraudes aux cotisations et contributions sociales par les employeurs constitue une priorité forte du Gouvernement compte tenu des enjeux financiers afférents, l'ACOSS ayant évalué en 2009, pour le seul régime général, cette fraude à hauteur de 13,5 à 15,8 milliards d'euros par an, soit un montant 5 à 6 fois supérieur aux premières évaluations globales des fraudes aux prestations sociales.

Afin de renforcer la dimension répressive et dissuasive de notre dispositif de lutte contre les fraudes aux cotisations, il apparaît nécessaire d'en préciser le champ d'application, d'accroître le montant des majorations dues sur les redressements mis en recouvrement, et de faciliter l'exploitation des procédures engagées par les différents corps de contrôle. Cet article remplit ces trois objectifs.

Il élargit d'abord les modalités d'exploitation, par les organismes de recouvrement, des procès-verbaux de travail dissimulé transmis par les différents corps de contrôle habilités (inspecteurs et contrôleurs du travail, officiers de police judiciaire, agents des impôts et des douanes) en leur permettant de calculer le redressement des cotisations éludées en fonction de la nature du dossier et des informations recueillies lors du contrôle et pas uniquement sur une base forfaitaire.

Il complète ensuite le champ d'application de la notion de « fraudes aux cotisations » auparavant restreinte au seul travail dissimulé, en y ajoutant les constats d'absence de mise en conformité à la législation de sécurité sociale, dès lors que le cotisant n'a pas pris en compte les redressements opérés et les observations formulées lors d'un précédent contrôle.

Il crée enfin de nouvelles pénalités, qui s'ajoutent aux majorations de retard déjà prévues par les textes :

- l'article L. 243-7-6 institue une majoration de 10 % du montant des redressements mis en recouvrement en cas de constat d'absence de mise en conformité (absence de prise en compte des observations notifiées lors d'un précédent contrôle, qu'elles aient ou non donné lieu à redressement) ;

- l'article L. 243-7-7 institue une majoration de 25 % du montant des redressements mis en recouvrement en cas de constat d'une infraction de travail dissimulé.

Article 76

L'article L. 133-4-5 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 133-4-5. - Lorsqu'il est constaté que le donneur d'ordre n'a pas rempli l'une des obligations définies à l'article L. 8222-1 du code du travail et que son cocontractant a, au cours de la même période, exercé un travail dissimulé par dissimulation d'activité ou d'emploi salarié, l'organisme de recouvrement procède à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions dont le donneur d'ordre a bénéficié au titre des rémunérations versées à ses salariés. Le donneur d'ordre ou le maître d'ouvrage encourt la même sanction, dans les mêmes conditions, lorsqu'il est constaté qu'il a manqué à l'obligation mentionnée à l'article L. 8222-5 du code du travail.

« L'annulation s'applique pour chacun des mois au cours desquels les conditions mentionnées au premier alinéa sont vérifiées. Elle est calculée selon les modalités prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 133-4-2, sans que son montant global puisse excéder 15 000 € pour une personne physique et 75 000 € pour une personne morale.

« Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

Exposé des motifs

Le renforcement de la lutte contre le travail illégal passe par une plus forte responsabilisation des donneurs d'ordre à l'égard de leurs sous-traitants et des sanctions accrues à l'égard de ceux qui n'accomplissent pas leurs obligations.

L'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a étendu aux entreprises donneurs d'ordre le dispositif de remise en cause des exonérations de cotisations et contributions sociales en cas d'infraction de travail dissimulé, dès lors qu'il est constaté dans le procès-verbal dressé par l'agent de contrôle habilité que ces entreprises ont participé à la commission du délit en qualité de complices de leurs sous-traitants.

Ce dispositif a été peu mis en œuvre au plan opérationnel, car il est en pratique souvent difficile, pour l'agent de contrôle, d'établir la complicité éventuelle du donneur d'ordre lors de l'établissement du procès-verbal de travail dissimulé. C'est pourquoi il est nécessaire de revoir le champ d'application de cette sanction, afin de lui donner une plus grande effectivité.

Par souci de cohérence avec les dispositions figurant dans le code du travail, la remise en cause des exonérations de cotisations et contributions sociales sera mise en œuvre dès lors que le donneur d'ordre n'aura pas accompli ses obligations sociales en matière de vigilance et de diligence, à l'instar des règles déjà existantes en matière de mise en œuvre de la solidarité financière et de remboursement des aides publiques.

L'annulation s'appliquera pour chacun des mois au cours desquels la méconnaissance de ses obligations par le donneur d'ordre aura été constatée, sans préjudice des poursuites judiciaires qui pourront être engagées à l'initiative du Procureur de la République pour recours sciemment, directement ou par personne interposée, aux services de celui qui exerce un travail dissimulé.

L'annulation sera plafonnée à 15 000 euros pour une personne physique et à 75 000 euros pour une personne morale.

ANNEXES

ANNEXE A

**RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE AU 31 DECEMBRE 2011
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 CONSTATÉS POUR
L'EXERCICE 2011**

I. Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2011

ACTIF (en Md€)	2011	2010	PASSIF (en Md€)	2011	2010
IMMOBILISATIONS	6,8	6,6	CAPITAUX PROPRES	-100,6	-87,1
Immobilisations non financières	4,0	3,9	Dotations	32,9	32,8
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,9	1,9	Régime général	0,5	0,5
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	0,8	Autres régimes	3,8	3,7
			CADES	0,2	0,2
			FRR	28,3	28,3
			Réserves	11,3	13,2
			Régime général	2,6	2,6
			Autres régimes	6,3	6,7
			FRR	2,4	3,9
			Report à nouveau	-134,6	-110,0
			Régime général	4,9	-13,5
			Autres régimes	-0,1	-1,3
			FSV	0,0	-3,2
			CADES	-139,4	-92,0
			Résultat de l'exercice	-10,7	-23,9
			Régime général	-17,4	-24,0
			Autres régimes	-1,9	-1,6
			FSV	-3,4	-4,1
			CADES	11,7	5,1
			FRR	0,3	0,6
			Autres	0,6	0,7
			FRR	0,6	0,7
			PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	17,9	17,0
ACTIF FINANCIER	58,9	50,8	PASSIF FINANCIER	170,1	146,8
Valeurs mobilières et titres de placement	45,1	44,7	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	162,6	118,8
Autres régimes	6,9	9,2	Régime général	5,6	17,5
CADES	5,3	1,5	CADES	156,9	101,2
FRR	32,9	33,9	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	3,7	24,7
Encours bancaire	13,7	5,9	Régime général (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	1,4	21,0
Régime général	1,3	0,8	Autres régimes (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	1,3	3,7
Autres régimes	1,2	0,7	CADES	1,0	0,0
FSV	0,3	0,0	Dépôts	0,2	0,8
CADES	8,4	1,2	Régime général	0,2	0,8
FRR	2,3	3,2	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,1	0,1
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,1	0,2	FRR	0,1	0,1
CADES	0,1	0,2	Autres	3,5	2,4
			Régime général	0,0	0,3
			Autres régimes	0,1	0,1
			CADES	3,4	2,0
ACTIF CIRCULANT	65,4	60,0	PASSIF CIRCULANT	43,7	40,8
Créances sur prestations	7,3	7,8	Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	22,3	21,3
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	7,9	5,6	Dettes à l'égard des cotisants	1,2	1,4
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale	35,5	32,3	Dettes et CAP à l'égard de l'Etat et autres entités publiques	9,7	8,6
Créances sur l'Etat et autres entités publiques	8,9	9,6	Autres passifs (crédoeurs divers, comptes d'attente et de régularisation) dont soult des industries électriques et gazières	10,5	9,5
Produits à recevoir de l'Etat	0,4	0,5			
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régularisation)	5,5	4,1			
TOTAL DE L'ACTIF	131,0	117,4	TOTAL DU PASSIF	131,0	117,4

Nota : Les données figurant dans la colonne 2010 ont fait l'objet par rapport à ce qui figure en LFSS pour 2012 des retraitements méthodologiques décrits en annexe 9 à la loi.

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, s'élevait à 100,6 Md€ au 31 décembre 2011, soit l'équivalent de 5 points de PIB. Ce passif net a augmenté de 13,4 Md€ par rapport à celui constaté au 31 décembre 2010 (87,1 Md€) en raison essentiellement des déficits des régimes et du FSV pour l'année 2011 (soit 22,7 Md€), minorés de l'amortissement de la dette portée par la CADES (11,7 Md€), dont une partie (2,1 Md€) correspond à la mobilisation des réserves du FRR.

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (58,8 Md€, dont environ 60 % par le FRR et 23 % par la CADES dans le cadre de sa stratégie d'endettement à fin 2011), du besoin en fonds de roulement (différence de 21,7 Md€ entre les actifs et passifs circulants) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 170,1 Md€ au 31 décembre 2011 (contre 146,8 Md€ au 31 décembre 2010).

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

II. Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2011

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 17,4 Md€ en 2011. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 8,6 Md€, la branche vieillesse un déficit de 6,0 Md€, la branche famille un déficit de 2,6 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 3,4 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 Caisse d'amortissement de la dette sociale (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'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État), équilibrés par ces derniers, et enfin du régime social des indépendants dont les déficits sont couverts par une affectation à due proportion du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Cependant, deux régimes ne bénéficiant par de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2011 des résultats déficitaires.

S'agissant, d'une part, de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 1,2 Md€ (contre 1,3 Md€ en 2010) et a fait l'objet d'un financement bancaire dans le respect du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 précitée. Il convient de rappeler que cette dernière avait par ailleurs transféré à la CADES les déficits cumulés de cette branche du régime des exploitants agricoles au titre des exercices 2009 et 2010.

S'agissant, d'autre part, de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), devenue déficitaire en 2010, le déficit s'est élevé à 0,4 Md€ (après 0,5 Md€ en 2010).

ANNEXE B**RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE 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 POUR LES QUATRE ANNÉES À 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 sécurité sociale, et du Fonds de solidarité vieillesse à l'horizon 2017. A cet horizon, l'objectif du Gouvernement est le retour à l'équilibre financier de l'ensemble des comptes publics, et plus particulièrement de ceux des administrations de sécurité sociale hors Caisse d'amortissement de la dette sociale et Fonds de réserve des retraites. Les projections financières qui suivent sont donc la traduction concrète, en termes de leviers d'action sur les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les fonds concourant à leur financement qui sont gouvernés par les lois de financement de la sécurité sociale, de la stratégie mise en œuvre par le Gouvernement afin d'assurer la maintien d'un haut niveau de protection sociale et de redresser les finances publiques.

Dans un environnement économique contraint à court terme, mais porteur d'opportunités à moyen terme (I), cette stratégie repose tout à la fois sur un engagement résolu dans la recherche d'une plus grande efficience de la dépense sociale (II) et sur la mobilisation des recettes nécessaires pour couvrir cette dépense (III). En outre, le partage entre efforts en dépenses et efforts en recettes, et le choix même des mesures de dépenses et de recettes à mettre en œuvre, doivent être déterminés en considération de l'exigence de justice dans la répartition de la contribution au rétablissement des comptes sociaux (IV).

I. Un environnement contraint à court terme, mais porteur d'opportunités à moyen terme

Les hypothèses macro-économiques retenues dans la construction des projections jointes à la présente annexe retiennent pour 2012 une prévision de croissance de 2,5 % en valeur de la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources de la sécurité sociale. L'année 2013 serait légèrement moins favorable avec une progression de 2,3 % de la masse salariale privée. Cependant, sur les deux années cumulées, la croissance de la masse salariale serait un peu plus rapide que celle du produit intérieur brut en valeur.

De 2014 à 2017, l'hypothèse retenue pour la progression de la masse salariale privée est de 4 % par an en valeur. Cette hypothèse est proche du rythme annuel moyen d'évolution de la masse salariale privée entre 1998 et 2007 (+ 4,1 %), alors que l'éventualité d'un rattrapage partiel des points de croissance perdus entre 2008 et 2012 par rapport à la tendance historique ne peut être écartée. Elle suppose néanmoins une croissance de la rémunération du travail salarié légèrement plus rapide que le PIB en valeur (4 % contre 3,75 %), prolongeant le constat observé depuis 2010 de la bonne tenue de l'emploi et des salaires.

Hypothèses retenues dans la projection pluriannuelle

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produit intérieur brut en volume	0,3%	0,8%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
Masse salariale privée	2,5%	2,3%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
Inflation	2,0%	1,75%	1,75%	1,75%	1,75%	1,75%
Objectif national de dépenses d'assurance maladie en valeur	2,6%	2,7%	2,6%	2,5%	2,5%	2,5%

En ce qui concerne les dépenses et les recettes sociales, les projections présentées ci-dessous ne comportent aucune mesure nouvelle autre que celles associées au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 et au projet de loi de finances pour 2013 - dont l'impact court sur l'ensemble de la période de projection – et que les actions, qui seront arrêtées sur une base annuelle et permettront de respecter des rythmes de progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de 2,6 % en 2014 et de 2,5% par an de 2015 à 2017.

Elles montrent qu'avec une progression des recettes plus forte à partir de 2014 et un effort important d'économies en dépenses résultant d'un taux d'évolution de l'ONDAM fixé à un niveau exigeant, les comptes des régimes de sécurité sociale se redresseront lentement, la réduction du déficit agrégé de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse étant de l'ordre d'1 Md€ par an en 2014 et 2015, et de 2 Md€ par an en 2016 et 2017.

Le déficit s'établirait à environ 10 Md€ en 2017, ce qui est compatible avec l'équilibre d'ensemble des administrations de sécurité sociale, compte tenu d'une part des perspectives financières de l'assurance chômage, des régimes de retraite complémentaire et des hôpitaux publics et d'autre part de la reprise de dette de la CNAVTS et du FSV telle qu'elle est déjà prévue en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Cela montre cependant la nécessité d'actions continues de maîtrise de la dépense sociale afin d'obtenir qu'elle réponde au meilleur coût aux besoins de couverture sociale des Français, et d'optimisation du financement de la sécurité sociale en sorte de couvrir toujours mieux les prestations sociales.

II. La recherche permanente d'une plus grande efficacité de la dépense

Le premier levier du redressement financier de la sécurité sociale est la modernisation de notre système de protection sociale, qui doit permettre de maîtriser la croissance des dépenses de la sécurité sociale tout en maintenant un haut niveau de protection sociale. La projection décrite dans la présente annexe retient l'hypothèse d'une progression annuelle moyenne entre 2012 et 2017 des charges nettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 3,2% en valeur, soit 1,4% en volume. Ce résultat sera obtenu au moyen d'un engagement résolu dans la recherche de l'efficacité de la fourniture de ces prestations et services, et tout particulièrement dans le domaine de l'assurance maladie.

Pour la branche maladie, c'est évidemment le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui sera le plus décisif pour respecter l'objectif de progression modérée des charges des régimes. La loi de programmation des finances publiques permet en son article 7 de fixer une trajectoire d'évolution de cet objectif et détermine :

- des objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour chacune des années de la programmation, évalués en euros courants à périmètre constant ;
- le principe de la mise en réserve de dotations représentant l'équivalent d'au moins 0,3 % des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM au début de chaque exercice, afin de garantir le respect de cet objectif.

Pour 2012, la Commission des comptes de la sécurité sociale prévoit un montant de la dépense d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM inférieur de 350 M€ à l'objectif voté en loi de financement, et ce malgré le rattachement à l'exercice 2012 des rémunérations sur objectifs des médecins, non prévu lors de la construction initiale de l'ONDAM 2012. La totalité de cette moindre dépense de 350M€ par rapport à l'objectif voté porte sur les soins ambulatoires. Partant, l'ONDAM est proposé pour 2013 à 175,4 Md€, en hausse de 2,7% par rapport à la prévision pour 2012, ce qui correspond à un montant d'économie d'environ 2,4 Md€ par rapport à l'évolution tendancielle.

Après 2013 et afin de garantir le retour rapide à l'équilibre des comptes sociaux, conformément aux objectifs de la loi de programmation des finances publiques, le Gouvernement a décidé de fixer l'évolution de l'ONDAM à 2,6 % pour 2014 puis 2,5 % pour chacune des années 2015 à 2017.

Au total sur la période, cette programmation représente un effort estimé en moyenne à 2,7 Md€ chaque année par rapport à la chronique tendancielle des dépenses.

Le respect de cette trajectoire nécessite la mise en œuvre d'actions volontaristes permettant d'améliorer la qualité des prises en charge tout en respectant la contrainte financière, dans le cadre d'une stratégie nationale de santé. Certaines de ces actions sont porteuses d'évolutions structurelles de l'offre de soins, qui produiront leurs pleins effets à moyen terme.

Au cœur de cet engagement figure l'amélioration des parcours de soins. Les soins de ville, l'hôpital, les établissements médico-sociaux et les acteurs sociaux ne peuvent plus fonctionner indépendamment les uns des autres. Cette stratégie nécessite d'une part de renforcer l'organisation des soins ambulatoires, d'autre part d'accompagner les évolutions du secteur hospitalier, afin de permettre son recentrage sur les cas les plus aigus et les plus complexes.

La structuration d'équipes de soins de proximité, pluriprofessionnelles, constitue la première étape de mise en œuvre de ces parcours. Des équipes pluriprofessionnelles sont en effet à même de développer les nouvelles organisations et les nouveaux services (prévention, dépistage, coordination des parcours, éducation thérapeutique...) répondant aux besoins des patients. Un effort important sera ainsi initié dès 2013 pour développer ces modes d'organisation.

Plus globalement, il convient de revoir la régulation du système pour décroisonner les parcours de santé entre les soins de ville, les soins hospitaliers et le secteur médico-social. De nouveaux modèles de financement seront mis en place à partir de 2013, dans certains territoires dans un premier temps, afin d'établir un nouveau modèle qui permettra de prodiguer au patient le geste de qualité, au bon endroit, au meilleur coût.

Ces développements s'accompagneront de la recherche de gains d'efficience des offreurs de soins, en particulier pour les établissements de santé et ceux parmi les professionnels de santé qui bénéficient de gains de productivité liés aux évolutions technologiques.

Dans le secteur hospitalier, des actions de rationalisation de la politique d'achat ainsi que de soutien à l'amélioration de la performance des établissements seront en outre menées, en mobilisant les agences régionales de santé.

Enfin, des actions de baisse de prix des produits de santé, mais aussi de promotion des médicaments génériques seront conduites. Elles s'accompagneront d'actions visant à une meilleure justesse des prescriptions, en privilégiant les médicaments inscrits au répertoire, dans le cadre d'une promotion plus active des référentiels de bonne pratique et de bon usage.

Pour la branche maladie de la sécurité sociale, l'objectif est de parvenir à réduire à 5,1 Md€ le déficit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en 2013, et d'approcher l'équilibre financier en 2017 (-1,3 Md€).

Le Parlement pourra prendre une part active au contrôle du respect de l'ONDAM et de cette trajectoire financière. Il pourra notamment s'appuyer sur les avis du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie qui intervient avant le 15 avril et le 31 mai de chaque exercice afin de rendre deux avis sur la réalisation de l'ONDAM de l'exercice écoulé et d'en analyser l'impact sur le respect de l'ONDAM de l'exercice en cours, ainsi qu'avant la transmission du PLFSS à l'Assemblée nationale afin de porter une appréciation sur la robustesse des hypothèses sous-jacentes à la construction de l'ONDAM de l'année suivante, avant transmission du PLFSS au Parlement.

S'agissant des retraites, la LFR de l'été 2012 et la présente loi apportent des ressources significatives pour assurer le retour à l'équilibre des régimes de retraite. La concertation se tiendra avec les partenaires sociaux au premier semestre 2013 afin de permettre à la lumière des nouvelles projections démographiques et financières qui seront rendues publiques par le Conseil d'orientation des retraites en fin d'année, de rendre notre système de retraite à la fois plus juste, plus lisible et plus pérenne financièrement. Un des enjeux sera également de conforter l'emploi des travailleurs âgés. Le contrat de génération, qui vise à favoriser le maintien des seniors dans l'emploi tout en favorisant la formation des salariés les plus jeunes à leur arrivée dans les entreprises, y contribuera.

Dans le domaine de la politique familiale, la grande conférence sociale qui s'est tenue les 9 et 10 juillet 2012 avec les partenaires sociaux a conclu à l'importance d'une meilleure adéquation des dispositifs aux besoins des familles. Dans cette perspective, les réflexions vont se poursuivre avec les acteurs de la politique familiale sur les adaptations à apporter aux différentes aides en faveur des familles, notamment dans le cadre du Haut conseil de la famille. La concertation permettra de dégager des voies d'amélioration en termes d'efficience et d'équité, tout en préservant les résultats favorables réalisés par notre pays en matière de natalité et de participation des femmes à l'activité économique et protégeant les intérêts des familles les plus fragiles.

III. Couvrir les dépenses de sécurité sociale par des recettes dynamiques

L'existence de ressources dédiées est un des points centraux du modèle de sécurité sociale français. Assurer un financement qui évolue aussi vite que la richesse nationale constitue un impératif compte tenu de la nature des dépenses de la protection sociale.

Cela n'implique pas d'adopter des règles figées. En effet la part des ressources de la sécurité sociale qui restent assises sur les salaires demeure élevée malgré la diversification du financement des régimes et les mesures qui ont visé à diminuer fortement les cotisations sur les bas salaires – deux mouvements qui sont très liés. Cette situation est aggravée en raison du niveau des cotisations et contributions autres que celles qui relèvent de la sécurité sociale de base. Si ce mode de financement est légitime, son importance n'est pas sans poser des questions. C'est notamment le cas s'agissant de ses effets potentiels sur l'emploi ou la compétitivité, même si, sur chacun de ces deux aspects, de nombreux autres facteurs jouent également. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a souhaité, à la suite de la grande conférence sociale de juillet, que l'ensemble des acteurs impliqués puissent travailler et faire des propositions sur ce thème au sein du Haut conseil du financement de la protection sociale, qui rassemble des représentants des partenaires sociaux, du Parlement, de l'État et des experts, que le Premier ministre a installé le 26 septembre. Le Gouvernement s'est donné pour objectif de conduire en 2013 sur la base de ces travaux une réforme du financement de la protection sociale qui devra s'inscrire dans le cadre de la trajectoire de redressement des comptes sociaux décrite ici.

En tout état de cause, la préservation de la dynamique des ressources de la sécurité sociale nécessite de veiller à ce que leur assiette soit la plus large possible et ne subisse pas d'érosion. Il s'agit notamment de tenir compte de manière rapide des différentes évolutions des pratiques de rémunération et des autres facteurs qui peuvent avoir des effets sur les prélèvements sociaux. L'examen général des « niches sociales » est de ce point de vue un impératif. C'est sur ce volet que le Gouvernement a mené une action prioritaire par le biais des mesures de la loi de finances rectificative du 16 août 2012 et par celles qui sont présentées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Elles sont complétées par des dispositions propres à la fiscalité comportementale dont la nécessité est attestée par le recul enregistré sur certaines questions de santé publique. L'objectif est de fournir à la sécurité sociale dès cette année, par des mesures qui sont justifiées du point de vue de l'équité ou des incitations qu'elles entretiennent, la majeure partie des ressources qui lui manquent pour s'inscrire dans une trajectoire de redressement. Le choix du Gouvernement est ainsi de concentrer cet effort particulier dès à présent en retenant les mesures dont le rendement est le plus important. Il s'agit en particulier :

- de la hausse du forfait social, intervenue en août, qui vise à assurer une plus grande neutralité entre les différentes formes de rémunérations salariales ;
- de la hausse des prélèvements sur les revenus du patrimoine et les produits de placement adoptée également dans la LFR pour 2012 et qui vise une plus grande neutralité d'assujettissement entre revenus du travail et revenus du capital ; cette mesure rejoint ce qui est proposé en matière d'impôts sur le revenu dans le projet de loi de finances pour 2013 ;
- des mesures présentées dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale s'agissant des prélèvements acquittés par les travailleurs indépendants.

L'exigence de pérennisation du financement de certains régimes spéciaux (CNRACL et CNAVPL) conduira en outre à des augmentations de cotisations, qui sont intégrées à la trajectoire des régimes obligatoires de base présentée dans la présente annexe.

IV. Garantir la justice dans la répartition de l'effort de redressement des comptes de la sécurité sociale

Le Gouvernement est également soucieux de la justice dans la répartition des efforts que le redressement des comptes requiert. Il ne s'agit pas seulement d'une exigence morale, mais d'une nécessité pour l'efficacité même des réformes à mettre en œuvre. Ainsi que l'a affirmé le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale le 3 juillet 2012, « la justice n'est pas simplement une exigence morale, elle est un facteur de croissance et de progrès (...). Ce qui est juste est une motivation au travail ».

L'objectif de retour à l'équilibre des comptes sociaux n'est pas incompatible avec la préoccupation de justice. C'est dans cet esprit que le Gouvernement a souhaité, dès le début de l'été, prendre des mesures en direction des Français les plus modestes. Ainsi le décret du 2 juillet 2012 élargit-il les possibilités de départ en retraite pour les personnes ayant débuté jeunes leur parcours professionnel, et ce afin de corriger l'injustice de la précédente réforme des retraites qui avait décidé un relèvement uniforme de l'âge de la retraite. La majoration de 25% de l'allocation de rentrée scolaire, une prestation qui bénéficie à la moitié la plus modeste des familles, a concrétisé l'engagement des pouvoirs publics d'apporter à ces familles un supplément de pouvoir d'achat au moment où elles ont à faire face à des dépenses supplémentaires. Dans le domaine des politiques de santé, le développement d'une offre de soins de proximité, la lutte contre les dépassements d'honoraires, ou la revalorisation du rôle de l'hôpital public, participent de la même ambition de renforcer la protection des Français les plus fragiles au moment où des efforts importants sont demandés à tous.

La logique du redressement dans la justice transparaît également dans le choix des mesures portant sur les recettes. En dehors de mesures transversales de rééquilibrage entre les grandes catégories de revenus décrites ci-dessus, la loi de finances rectificative pour 2012 adoptée à l'été 2012 a marqué la volonté du Gouvernement de faire davantage contribuer au financement des politiques sanitaires et sociales certaines formes de hauts revenus : c'est le sens de l'alourdissement de la taxation des stock-options, des attributions gratuites d'actions, et des retraites chapeaux. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 poursuit dans cette voie, avec notamment une mesure d'assujettissement des *carried interests*. Il propose de corriger en outre un certain nombre de règles existantes qui viennent réduire les droits des assurés ; c'est le cas des élus locaux et de l'assiette forfaitaire des employés à domicile.

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	155,0	159,9	165,1	170,9	176,8	182,7
Dépenses	153,4	156,6	160,5	165,0	169,6	174,3	179,1	184,0
Solde	-11,6	-8,6	-5,5	-5,1	-4,5	-3,4	-2,2	-1,4
AT/MP								
Recettes	10,5	11,3	11,8	12,2	12,6	13,1	13,7	14,2
Dépenses	11,2	11,6	11,9	11,9	12,3	12,6	12,8	13,1
Solde	-0,7	-0,2	-0,1	0,3	0,4	0,6	0,8	1,1
Famille								
Recettes	50,2	52,2	53,9	55,5	57,2	59,0	60,9	62,8
Dépenses	52,9	54,8	56,4	58,1	59,6	61,1	62,6	64,1
Solde	-2,7	-2,6	-2,5	-2,6	-2,4	-2,1	-1,7	-1,2
Vieillesse								
Recettes	93,4	100,5	105,2	111,3	115,5	119,8	124,3	128,4
Dépenses	102,3	106,5	110,4	115,3	119,7	124,4	129,1	133,3
Solde	-8,9	-6,0	-5,2	-4,0	-4,2	-4,6	-4,8	-4,9
Toutes branches consolidé								
Recettes	287,5	302,8	316,4	329,0	340,4	352,6	365,3	377,5
Dépenses	311,5	320,3	329,7	340,4	351,1	362,1	373,2	383,9
Solde	-23,9	-17,4	-13,3	-11,4	-10,7	-9,5	-7,9	-6,4

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	164,9	171,8	179,4	185,0	191,0	197,4	204,0	210,5
Dépenses	176,3	180,3	184,9	190,1	195,3	200,6	206,0	211,6
Solde	-11,4	-8,5	-5,5	-5,1	-4,3	-3,2	-2,0	-1,1
AT/MP								
Recettes	11,9	12,8	13,3	13,7	14,1	14,7	15,2	15,8
Dépenses	12,6	13,0	13,3	13,3	13,6	14,0	14,3	14,5
Solde	-0,7	-0,1	-0,1	0,4	0,5	0,7	0,9	1,2
Famille								
Recettes	50,8	52,7	54,4	55,9	57,6	59,4	61,4	63,3
Dépenses	53,5	55,3	56,9	58,6	60,1	61,6	63,1	64,6
Solde	-2,7	-2,6	-2,5	-2,6	-2,4	-2,1	-1,8	-1,3
Vieillesse								
Recettes	183,3	194,6	202,9	213,2	220,8	228,0	235,5	243,8
Dépenses	194,1	202,4	210,0	218,6	226,4	234,5	242,8	251,8
Solde	-10,8	-7,9	-7,1	-5,4	-5,6	-6,5	-7,2	-7,9
Toutes branches consolidé								
Recettes	401,7	421,7	439,5	457,1	472,7	488,4	504,7	521,8
Dépenses	427,2	440,8	454,7	469,8	484,6	499,6	514,8	530,9
Solde	-25,5	-19,1	-15,2	-12,7	-11,9	-11,1	-10,1	-9,1

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	14,6	16,7	16,8	17,3	18,0	18,6
Dépenses	13,8	17,5	18,6	19,3	19,5	19,4	19,3	19,2
Solde	-4,1	-3,4	-4,1	-2,6	-2,7	-2,1	-1,3	-0,6

ANNEXE C

**ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES
OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL
AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT
AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES**

**I. Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de
sécurité sociale**

Exercice 2013 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base
Cotisations effectives	84,2	117,6	36,0	12,5	250,4
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,4	1,4	0,6	0,0	3,4
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,1	0,1	0,3	39,2
Contribution sociale généralisée	64,7	0,0	9,9	0,0	74,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	28,7	18,5	8,4	0,1	55,7
Transferts	2,5	36,9	0,3	0,1	29,2
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	2,7	0,6	0,6	0,5	4,4
Recettes	185,0	213,2	55,9	13,7	457,1

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 2013 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régime général
Cotisations effectives	75,2	70,5	35,7	11,6	193,1
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,1	1,0	0,6	0,0	2,6
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	56,4	0,0	9,9	0,0	66,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales	22,0	12,2	8,4	0,1	42,7
Transferts	2,6	27,4	0,3	0,0	20,5
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,6	0,2	0,5	0,4	3,7
Recettes	159,9	111,3	55,5	12,2	329,0

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 2013 (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	10,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,1
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	16,7