

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'économie, des finances
et de la relance

Ministère des solidarités et de la santé

**AVANT-PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2021**

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 1er

**[Approbation des tableaux d'équilibre, de l'ONDAM et des éléments relatifs au FRR,
au FSV et à la CADES]**

Au titre de l'exercice 2019, 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	216,6	218,1	- 1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,7	13,6	1,1
Vieillesse	240,0	241,3	- 1,3
Famille	51,4	49,9	1,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	509,1	509,3	- 0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	508,0	509,7	- 1,7

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	215,2	216,6	- 1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,2	1,0
Vieillesse	135,7	137,1	- 1,4
Famille	51,4	49,9	1,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	402,4	402,8	- 0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	402,6	404,5	- 1,9

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de Solidarité Vieillesse	17,2	18,8	- 1,6

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 200,2 milliards d'euros ;

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

6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 16,3 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'état des comptes du régime général s'est très légèrement dégradé en 2019 par rapport à 2018 mais reste plus favorable qu'anticipé en LFSS 2020 : le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse a progressé de - 1,2 milliard d'euros en 2018 à - 1,9 milliard d'euros en 2019. La LFSS 2020 prévoyait un déficit de 5,4 milliards d'euros. Les recettes ont été plus dynamiques qu'attendu, notamment du fait de la bonne tenue de la masse salariale du secteur privé.

Article 2

[Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2019 et le tableau patrimonial (annexe A)]

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2019, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2019 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 3

[Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2020]

Il est institué, au titre de l'année 2020, une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale en activité au 31 décembre 2020.

La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2020 au profit de ces organismes, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II *bis* de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. Toutefois, les sommes versées au titre des garanties mentionnées au 4^o du II *bis* du même article ne sont pas assujetties.

Le taux de la contribution est fixé à 2,6 %.

La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée au même article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2021. Elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle selon les mêmes modalités que la contribution mentionnée à l'article L. 862-4 du même code, au plus tard le 30 juin 2021.

Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Aux fins de participation des organismes de complémentaire santé (OC) aux coûts engendrés par la gestion de l'épidémie de Covid-19, le présent article vise à mettre en place, de manière exceptionnelle, une contribution en contrepartie des moindres dépenses qu'ils ont constatées durant la crise sanitaire. En effet, la baisse de l'activité de soins ainsi que les mesures des pouvoirs publics pour garantir une prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire de certaines dépenses ont mécaniquement conduit à une amélioration des résultats financiers des OC, leurs moindres dépenses étant estimées à plus de 2,2 Md€.

La participation des OC sera assise sur les primes qu'ils perçoivent en matière de complémentaire santé, et lissée sur deux années – en 2020 et 2021 – de manière à prendre en compte l'impact pluriannuel sur les dépenses d'assurance maladie et de pouvoir procéder à des ajustements si nécessaire. Par souci de simplicité, la contribution s'appuiera sur un mécanisme de déclaration et de recouvrement existant, celui de la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Article 4

[Contribution au financement de la prime Covid pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)]

I.- Le XI de l'article 25 de la loi n°2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est abrogé.

II.- Pour 2020, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie finance une aide aux départements pour le financement de la prime exceptionnelle mentionnée à l'article 11 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020 pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, dans la limite de 80 M€. Cette aide est répartie entre les départements en fonction des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité réalisée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile aux titres des allocations prévues aux articles L. 232-1, L.245-1 et L. 231-1 du code de l'action sociale et des familles.

III.- Le I et le II entrent en vigueur le lendemain de la publication de la présente loi au *Journal officiel* de la République française.

Exposé des motifs

Les pouvoirs publics ont souhaité qu'une prime exceptionnelle non imposable et non soumise à prélèvements sociaux puisse être versée aux professionnels ayant contribué en première ligne à la réponse à la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19. Dans ce contexte, le Gouvernement souhaite qu'une prime puisse également être versée aux professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), dont le financement relève des conseils départementaux.

Un accord a été trouvé en ce sens entre l'État et l'Association des départements de France (ADF) le 4 août dernier pour le versement de cette prime. Cet accord prévoit qu'une aide de 80 M€ de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sera versée aux conseils départementaux à cette fin au titre de 2020, en contrepartie d'un effort financier au moins égal de leur part.

Article 5

[Ratification des décrets de relèvement des plafonds d'emprunt de l'ACOSS et de la CCMSA]

Sont ratifiés :

- Le décret n° 2020-327 du 25 mars 2020 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale ;
- Le décret n° 2020-603 du 20 mai 2020 portant relèvement du plafond de recours aux ressources non permanentes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Exposé des motifs

Conformément aux dispositions de l'article LO 111-9-2 du code de la sécurité sociale, le présent article ratifie les décrets portant relèvement des limites de mobilisation de ressources non permanentes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et de la Caisse centrale de la mutualité agricole (CCMSA) publiés en 2020.

Le plafond d'emprunt de l'ACOSS pour l'exercice 2020 avait été fixé à 39 milliards d'euros par l'article 30 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020. Or, dès la mi-mars, l'épidémie de Covid-19 a conduit le Gouvernement à prendre en urgence des mesures d'augmentation des dépenses d'assurance maladie et de soutien à l'activité économique qui ont fortement accru les besoins de financement de court terme de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Dans ces conditions, la limite dans laquelle les régimes obligatoires de base pouvaient recourir à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins en trésorerie en application de la LFSS 2020 aurait été dépassée dès début avril. C'est pourquoi le décret du 25 mars 2020 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale, transmis pour avis au Parlement dans les conditions prévues par la loi organique, l'a porté dans un premier temps à 70 milliards d'euros.

Cependant, ce relèvement n'a pas permis de faire face aux besoins de l'ACOSS au-delà du mois de mai. Aussi, le décret du 20 mai 2020 portant relèvement du plafond de recours aux ressources non permanentes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale a porté le plafond d'emprunt de l'ACOSS à 95 milliards d'euros.

Le plafond d'emprunt de la CCMSA pour l'exercice 2020 avait quant à lui été fixé à 4,1 milliards d'euros par l'article 30 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020. Le décret du 20 mai 2020 a porté son plafond d'emprunt à 5 milliards d'euros.

Les nouveaux plafonds résultant de ces décrets sont les suivants :

(En millions d'euros)	
	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	95 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	5 000
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} au 31 janvier	400
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} février au 31 décembre	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	515
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	250
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - période du 1 ^{er} janvier au 31 août 2020	2 000
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - période du 1 ^{er} septembre au 31 décembre 2020	2 700

Article 6

[Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise Covid]

L'aide au paiement prévue au II de l'article 65 de la loi du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020, en ce qui concerne les sommes dues aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale, est à la charge de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement aux caisses de sécurité sociale et organismes mentionnés aux articles L.125-1, L.641-1, L.213-4 du code de la sécurité sociale et dans les ordonnances modifiées n°77-1102 du 26 septembre 1977 et n°96-1122 du 20 décembre 1996, ainsi qu'aux organismes mentionnés à l'article L. 5427-1 du code du travail, L.351-6 du code de la construction et de l'habitation, L.14-10-1 du code de l'action sociale et des familles et dans l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 des cotisations et contributions dues, sans tenir compte de l'aide au paiement applicable, le cas échéant, par les redevables.

L'aide au paiement prévue au II de l'article 65 de la loi n°2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020, en ce qui concerne les sommes dues aux organismes de recouvrement mentionnés à l'article L.725-3 du code rural et de la pêche maritime, est à la charge de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure la notification et le versement à l'organisme mentionné à l'article L.5427-1 du code du travail des cotisations et contributions dues, sans tenir compte de l'aide au paiement applicable sur celles-ci.

Exposé des motifs

La présente mesure a pour objet de prévoir les modalités d'application de l'aide au paiement créée par l'article 65 de la loi du 30 juillet 2020 de finances rectificatives pour 2020 pour soutenir les entreprises les plus fragilisées par la crise sanitaire. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole reversent aux autres organismes de protection sociale les cotisations dues pour leur montant total, sans déduire l'aide au paiement dont l'employeur a bénéficié le cas échéant. Ainsi, l'aide au paiement est transparente pour les organismes tributaires. Pour rappel, l'aide au paiement est *in fine* également neutre pour l'ACOSS et la CCMSA puisque les montants d'aide au paiement (tout comme les exonérations) leur sont intégralement compensés par l'État dans le cadre des dispositions de compensation de droit commun.

Article 7

[Rectification des tableaux d'équilibre]

I.- Au titre de l'année 2020, sont rectifiés :

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	206,2	236,1	- 29,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,6	13,9	- 0,2

Vieillesse	237,4	247,0	- 9,6
Famille	47,1	50,4	- 3,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	490,8	533,7	- 42,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	488,1	534,2	- 46,1

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	204,8	234,6	- 29,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,4	- 0,3
Vieillesse	132,7	140,6	- 7,8
Famille	47,1	50,4	- 3,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	383,7	424,9	- 41,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	382,3	426,6	- 44,4

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,5	19,7	- 3,2

4° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles.

5° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles.

6° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 15,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Cet article rectifie les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général, des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

En 2020, le déficit du régime général devrait s'élever à 41,2 milliards d'euros. Le déficit du FSV atteindrait quant à lui 3,2 milliards d'euros. Cette dégradation des comptes du régime général et du FSV, sans précédent par son ampleur et sa soudaineté, s'explique par les effets de la crise sanitaire liée à l'épidémie de coronavirus et ses conséquences économiques. D'une part, les recettes des branches se sont contractées du fait d'un recours important à l'activité partielle réduisant la masse salariale cotisée et de la baisse des recettes fiscales. D'autre part, les mesures en dépenses sur la branche maladie, notamment la facilitation du recours aux indemnités journalières, l'achat de masques de protection et de matériel exceptionnel, le remboursement intégral des tests ont dégradé significativement les soldes des branches de la sécurité sociale.

Afin de tirer les conséquences de cette situation et de décharger les régimes de sécurité sociale du poids de la dette ainsi constituée, les lois organique et ordinaire du 7 août dernier ont planifié l'apurement de cette dette, à hauteur de 136 milliards d'euros, d'ici 2033.

Article 8

[Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM]

Au titre de l'année 2020, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	93,5
Dépenses relatives aux établissements de santé	87,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	11,5
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	12,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,8
Autres prises en charge	7,2
Total	215,7

Exposé des motifs

Le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2020 est rectifié à 215,7 milliards d'euros. Il avait été fixé par l'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 à 205,6 milliards d'euros. Cette différence s'explique par les effets de la crise sanitaire liée à l'épidémie de coronavirus, qui a bouleversé la construction initiale de l'ONDAM par des effets contraires. Si des mesures de dépenses exceptionnelles ont été décidées pour faire face à la crise sanitaire et revaloriser notamment le personnel soignant, à l'inverse, les mesures de confinement ont entraîné une forte baisse des remboursements de soins de ville.

Cette majoration de l'ONDAM 2020 de 10,1 milliards d'euros résulte plus précisément des surcoûts exceptionnels liés à la crise sanitaire (15,1 milliards d'euros). Elle tient aussi à l'effort souhaité par le Gouvernement d'un soutien aux personnels soignants, qui s'est traduit, au titre du Ségur de la santé, par des revalorisations salariales à hauteur de 1 milliard d'euros dès 2020 (première étape des revalorisations socles en septembre). Ces surcoûts seraient partiellement compensés par une sous-consommation des soins de ville à hauteur de 4,3 milliards d'euros, et une contribution des organismes complémentaires au financement de la crise sanitaire de 1 milliard d'euros.

Aussi, compte tenu de l'impact sans précédent de la crise sanitaire en 2020, l'ONDAM progresserait de 7,6 % au lieu des 2,45% prévus en LFSS 2020.

Article 9

[Rectification de la dotation FMESPP (FMIS)]

Au I de l'article 86 de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, le montant : « 649 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 449 millions d'euros ».

Exposé des motifs

Cet article rectifie le montant de la dotation de l'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) pour l'année 2020 pour la fixer à 449 millions d'euros. Cette rectification titre les conséquences d'un besoin d'abondement du FMESPP moindre qu'initialement prévu pour assurer le financement des engagements pris pour 2020 au titre des investissements hospitaliers, compte tenu des sommes déjà disponibles au sein du FMESPP. Les 200 M€ ainsi libérés ont été redéployés vers les tarifs des séjours hospitaliers dans le cadre de la campagne tarifaire 2020 afin d'abonder les ressources des établissements de santé.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

TITRE I : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRESORERIE

CHAPITRE I : TENIR COMPTE DE LA CRISE DE LA COVID-19

Article 10

[Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2021]

Il est institué, au titre de l'année 2021, une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale en activité au 31 décembre 2021.

La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2021 au profit de ces organismes, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II *bis* de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. Toutefois, les sommes versées au titre des garanties mentionnées au 4° du II *bis* du même article ne sont pas assujetties.

Le taux de la contribution est fixé à 1,3 %.

La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée au même article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2022. Elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle selon les mêmes modalités que la contribution mentionnée à l'article L. 862-4 du même code, au plus tard le 30 juin 2022.

Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Cette contribution constitue pour 2021 le pendant de celle prévue à l'article 3 pour 2020.

Aux fins de participation des organismes de complémentaire santé (OC) aux coûts engendrés par la gestion de l'épidémie de Covid-19, cette mesure vise à mettre en place, de manière exceptionnelle, une contribution en contrepartie des moindres dépenses qu'ils ont constatées durant la crise sanitaire.

La participation des OC sera assise sur les primes qu'ils perçoivent en matière de complémentaire santé, et lissée sur deux années – en 2020 et 2021 – de manière à prendre en

compte l'impact pluriannuel sur les dépenses d'assurance maladie et permettre les ajustements nécessaires. Par souci de simplicité, la contribution s'appuiera sur un mécanisme de déclaration et de recouvrement existant, celui de la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Article 11

[Affectation à la CNAM des excédents de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la CPRP SNCF]

I.- La Caisse nationale d'assurance maladie reprend, au plus tard le 31 juillet 2021, les excédents constatés au 31 décembre 2020 constituant les réserves du régime de prévoyance de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF.

II.- Sont prélevés, au plus tard le 31 juillet 2021, au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie, une somme de 40 millions d'euros sur les réserves du fonds national de gestion technique des agents en activité et de leurs ayants droit de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières et une somme de 135 millions d'euros sur les réserves du fonds national de gestion technique des agents en inactivité, des pensionnés de tous ordres et de leurs ayants droit de la même caisse.

Le recouvrement de ce prélèvement est régi par les règles applicables en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de transférer à la CNAM une partie des réserves de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ainsi que les réserves du régime de prévoyance de la caisse de retraite et de prévoyance du personnel de la SNCF (CPRP SNCF).

Depuis sa création en 2007, la CAMIEG dégage des excédents importants qui augmentent tendanciellement (430 millions d'euros fin 2020). La crise sanitaire a par ailleurs conduit à une baisse des dépenses des régimes complémentaires en miroir d'une très forte mobilisation de l'assurance maladie obligatoire. Le présent article opère un prélèvement, au profit de la CNAM, de 175 M€. Parallèlement, des mesures d'amélioration des niveaux de prestations (remboursement des verres optiques) et de baisse du niveau des cotisations seront prévues. Ces mesures participent ainsi, d'une part, à la relance et l'amélioration du pouvoir d'achat pour les salariés et les pensionnés et, d'autre part, au financement des importants surcoûts nés de la crise sanitaire.

La caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) dispose également de réserves. Ces réserves avaient été jusque-là conservées pour assurer le financement d'une partie des besoins de trésorerie du risque vieillesse. La trésorerie du risque vieillesse du régime spécial ayant été reprise par l'Acoss, le présent article procède logiquement à la centralisation au niveau du régime générale des réserves servant à cet usage, estimées au 31 décembre 2019 à 176,6 M€.

Article 12

[Sécurisation du mode de calcul de l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS)]

Le premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et » sont remplacés par les mots : « annuellement et revalorisé » ;

2° Après la deuxième occurrence du mot : « plafond » sont insérés les mots : « , qui ne peut être inférieur à celui de l'année précédente ».

Exposé des motifs

Le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) est une valeur de référence utilisée notamment à la fois pour déterminer certaines assiettes de prélèvement et le niveau de certaines prestations.

L'évolution du PASS est fonction de celle du salaire moyen par tête (SMPT) de l'année précédente dans le secteur marchand non agricole. Or, le recours important à l'activité partielle, dont les indemnités ne constituent pas un élément de la masse salariale, affecte fortement cette évolution pour l'année 2020 sans correspondre à une baisse réelle du niveau moyen des salaires perçus par les salariés. Compte tenu de cette situation particulière, la prévision d'évolution du SMPT pour 2020 est négative (-4,1 %) et un fort rebond est attendu pour 2022 (+5,9 %).

Appliquer la formule d'évolution du SPMT résultant du droit en vigueur conduirait donc à réduire le plafond de la sécurité sociale en 2021, ce qui aurait des conséquences préjudiciables en termes de droits et prestations des cotisants. La mesure proposée, pérenne, permet ainsi d'éviter la baisse du plafond annuel de la sécurité sociale et donc de protéger les assurés contre pertes de droits.

Article 13

[Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE)]

Au 4° du III de l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2023 ».

Exposé des motifs

L'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit la suppression du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE) à compter du 1er janvier 2021.

Toutefois, certains secteurs agricoles ont été particulièrement affectés par la crise économique liée à l'épidémie de Covid-19, du fait de leur dépendance au secteur de l'hôtellerie et de la restauration, dont l'activité a été interrompue en raison des mesures d'interdiction d'accueil du public.

Au regard de ces conséquences économiques exceptionnelles liées à la crise sanitaire et afin de soutenir la compétitivité des entreprises de la production agricole dans le cadre de la reprise de l'activité, la présente mesure a pour objet de prolonger le dispositif TO-DE de manière transitoire en 2021 et 2022. La compensation de cette exonération par l'État continue d'être assurée à l'euro.

CHAPITRE 2 : POURSUIVRE LES SIMPLIFICATIONS POUR LES ACTEURS DE L'ECONOMIE

Article 14

[Simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations sur les revenus issus de l'économie collaborative]

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À l'article L. 133-5-6, après le dixième alinéa, est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 10° Les personnes qui relèvent des alinéas 35° et 37° de l'article L. 311-3 du présent code. »

2° À l'article L. 311-3 :

a) Les mots : « les seuils mentionnés aux *a* et *b* du 1° du I de l'article 293 B » sont remplacés par les mots : « le seuil mentionné au premier alinéa du 1° de l'article 102 ter » ;

b) Après le trente-neuvième alinéa est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 37° Les particuliers qui vendent des biens neufs qu'ils ont confectionnés ou achetés pour les revendre ou qui fournissent des services rémunérés de manière ponctuelle, dès lors que leurs recettes ne dépassent pas un niveau annuel fixé par décret et qu'ils exercent l'option pour relever du régime général. Pour la détermination des revenus assujettis, un abattement forfaitaire fixé par décret, qui ne peut pas être inférieur à l'abattement prévu au premier alinéa de l'article 102 ter du code général des impôts ni supérieur au plus élevé des abattements prévus au troisième alinéa de l'article 50-0 du même code, tient compte des charges supportées sur le chiffre d'affaires ou les recettes déclarées. »

3° L'article L. 611-1 est ainsi modifié :

a) Le 1° est complété par les mots : « , à l'exception des personnes qui relèvent du régime général dans les conditions prévues au 37° de l'article L. 311-3 ; » ;

b) Au 6°, la référence : « 7° » est remplacée par la référence : « 5° » et les mots : « 1° du » sont supprimés ;

c) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret détermine les modalités d'application des dispositions mentionnées aux 6° et 7°. »

Exposé des motifs

De nombreux particuliers développent aujourd'hui des activités économiques de faible importance, parfois en complément d'une activité principale, et souvent à l'aide des

plateformes dématérialisées d'échange de biens ou de services qui se sont développées massivement ces dernières années.

Ces particuliers sont confrontés à des démarches complexes pour acquitter le paiement des cotisations et contributions afférentes.

Dans un but de simplification, cet article vise à offrir à ces particuliers la possibilité d'opter pour une déclaration très simplifiée de leurs revenus auprès du régime général sans recourir à une démarche de création d'entreprise, dès lors que leurs revenus n'excèdent pas un certain seuil.

Cet article actualise par ailleurs, par cohérence avec l'évolution du droit fiscal, les critères permettant d'avoir accès au dispositif spécifique pour les locations meublées de courte durée, en supprimant le critère d'inscription au registre du commerce et des sociétés.

Article 15

[Simplification des démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles]

I.- L'article L. 731-13-2 code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« I.- Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 ont l'obligation de déclarer par voie dématérialisée les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts. Dans les cas où la déclaration mentionnée à l'article 170 du code général des impôts n'est pas souscrite dans les conditions mentionnées à la première phrase du présent alinéa, les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 sont tenues d'effectuer la déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée auprès des caisses de mutualité sociale agricoles dont ils relèvent.

« Les caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-1 reçoivent de l'administration fiscale à leur demande, ou à celle des personnes mentionnées au premier alinéa, les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions dues par ces derniers.

« Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités selon lesquelles ces échanges sont réalisés sont déterminées par un décret en Conseil d'État.

« II.- Les personnes mentionnées au premier alinéa du I procèdent par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.

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

II.- Au troisième alinéa de l'article L. 752-1 du code de la sécurité sociale, après la référence : « aux articles L. 611-1 » est inséré la référence : « L. 613-2 ».

III.- Les dispositions du présent article sont applicables à compter des déclarations transmises en 2022 au titre des revenus 2021.

IV.- Après le deuxième alinéa du IV de l'article 19 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, il est ajouté trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale et résidant à Saint-Barthélemy, les articles L. 613-2 et L. 613-5 du même code restent applicables dans leur rédaction antérieure à la présente loi, jusqu'aux déclarations transmises en 2022 au titre des revenus de l'année 2021.

« À compter des déclarations transmises en 2022 au titre des revenus de l'année 2021, les articles L. 613-2 et L. 613-5 du code la sécurité sociale sont applicables dans leur rédaction issue de la présente loi sous réserve que les mots : « les organismes de sécurité sociale mentionnés aux mêmes articles L. 213-1 et L. 752-4 » soient remplacés par les mots : « l'organisme mentionné au troisième alinéa de l'article L. 752-1 du code de la sécurité sociale ».

« Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article 611-1 du code de la sécurité sociale, résidant à Saint-Barthélemy et n'étant pas redevables de l'impôt sur le revenu mentionné à l'article 170 du code général des impôts transmettent une déclaration de revenus d'activité directement auprès de l'organisme mentionné au troisième alinéa de l'article L. 752-1 du code de la sécurité sociale avant la date limite de dépôt de la déclaration mentionnée à l'article 170 du code général des impôts. Le contenu de cette déclaration est déterminé par arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

Les mesures de simplification des démarches des travailleurs indépendants constituent une priorité du Gouvernement, en particulier dans le domaine des prélèvements sociaux. À cet égard, l'acquisition rapide des informations relatives à leurs revenus est pour ces derniers un gage de simplicité et d'efficacité dans leurs relations aux administrations.

Afin de poursuivre l'allègement des démarches administratives déjà engagé pour les travailleurs indépendants non agricoles par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, il est proposé de procéder à l'unification des déclarations sociales et fiscales de revenus auxquelles les travailleurs indépendants agricoles sont tenus.

Cette mesure de simplification vient par ailleurs compléter la mise en place au sein de la sphère fiscale depuis la campagne 2020 d'un pré-remplissage des déclarations de revenus personnels des travailleurs indépendants individuels avec les informations déjà déclarées en tant que professionnels.

En pratique, les indépendants agricoles remplissent actuellement chaque année des déclarations distinctes auprès de leur caisse de mutualité sociale agricole (MSA) et de l'administration fiscale pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales ainsi que pour celui de l'impôt sur le revenu. L'unification de la déclaration sociale de revenus professionnels des travailleurs indépendants agricoles avec leur déclaration d'impôt sur le revenu simplifiera ainsi notablement leurs relations avec les administrations dès 2022.

Article 16

[Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie]

I.- Le chapitre X du titre IV du livre Ier du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L.14-10-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 14-10-1.*- La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et, à cet effet, a pour rôle :

« 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. À ce titre, elle établit les comptes de celle-ci et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche. Elle est chargée de la gestion du risque ;

« 2° De piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité et l'efficacité de la prise en charge des publics concernés. À ce titre, elle assure la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre et conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Elle met à disposition une expertise technique et veille au développement de la formation auprès des professionnels de l'aide à l'autonomie ;

« 3° De contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement de la prévention de la perte d'autonomie, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants, et de contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie. Pour l'exercice de ces missions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale dans des conditions faisant l'objet de conventions entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et ces organismes ;

« 4° De contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants, notamment en créant des services numériques permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leur parcours ;

« 5° De contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;

« 6° De contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque. »

2° Le dernier alinéa de l'article L. 14-10-2 est supprimé.

3° L'article L. 14-10-3 est ainsi modifié :

a) Le 1° du III est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale » ;

b) Après le sixième alinéa du III, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil peut être saisi par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes handicapées et des personnes âgées de toute question relative à la politique de soutien à l'autonomie. »

c) Les trois derniers alinéas du III sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Le conseil délibère également, sur proposition du directeur, sur les budgets nationaux de gestion et d'intervention. »

d) Le VI est supprimé.

4° L'article L. 14-10-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 14-10-4.* – I. - Les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie comprennent :

« 1° Les contributions mentionnées aux articles L. 137-40 et L. 137-41 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale ;

« 3° Des produits divers, dons et legs ;

« 4° Toute autre contribution prévue par la loi. »

« II.- La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut bénéficier d'une contribution des autres branches mentionnées à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale destinée à couvrir des dépenses relevant des missions définies à l'article L. 14-10-1. ».

5° L'article L. 14-10-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 14-10-5.* - La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie assure :

« 1° Le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L 314-3-1 ;

« 2° Le financement des aides à l'investissement au bénéfice de ces établissements et services, ainsi que de l'habitat inclusif mentionné à l'article L. 281-1 ;

« 3° Le financement des concours versés aux départements destinés à couvrir une partie :

« a) Du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 ;

« b) Du coût de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 ;

« c) Des coûts d'installation ou de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées ;

« d) Du coût des actions de prévention prévues aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 233-1. »

« 4° Le financement des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie définies à l'article L. 14-10-1. A cette fin, elle peut contribuer au financement du fonds prévu à l'article L.1435-8 du code de la santé publique pour le soutien à des actions, des expérimentations, des dispositifs ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et handicapées :

« 5° Le financement de la gestion administrative. »

6° Il est créé un article L. 14-10-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 14-10-5-1.- I.- Le montant global du concours mentionné au a du 3° de l'article L. 14-10-5 est limité à hauteur de 7,40 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° du I de l'article L. 14-10-4. Le montant de la seconde part mentionnée au 2° de l'article L. 14-10-6 est limité à 61,4 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-41 du code de la sécurité sociale.

« II.- Le montant du concours mentionné au b du 3° de l'article L. 14-10-5 est limité à hauteur de 1,91 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° du I de l'article L. 14-10-4.

7° L'article L. 14-10-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « Le concours mentionné au II de l'article L. 14-10-5 » sont remplacés par les mots : « Le concours mentionné au a du 3° de l'article L. 14-10-5 » ;

b) Au 1° du I, les mots : « dans la limite des ressources mentionnées au a du 1° du même II » sont supprimés ;

c) Au 2° du I, les mots : « , et dans les limites des ressources mentionnées au b du 1° du II de l'article L. 14-10-5 » sont remplacés par les mots : « , et dans les limites des ressources mentionnées au I de l'article L. 14-10-5-1 ».

8° L'article L. 14-10-7 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « Les concours mentionnés au III de l'article L. 14-10-5 sont répartis » sont remplacés par les mots : « Le concours mentionné au b du 3° de l'article L. 14-10-5 est réparti » et les mots : « décrets en Conseil d'État » sont remplacés par les mots : « décret en Conseil d'État » ;

b) Au premier alinéa du II, les mots : « Le concours mentionné au même III » sont remplacés par les mots : « Le concours mentionné au I du présent article » ;

c) Au premier alinéa du III, les mots : « et le concours mentionné au III de l'article L. 14-10-5 pour l'installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées » sont supprimés et les mots : « sont répartis » sont remplacés par les mots : « est réparti » ;

d) Les quatre derniers alinéas du III sont supprimés.

9° Il est créé un article L. 14-10-7-0 ainsi rédigé :

« *Art. L. 14-10-7-0.*- I. Le concours mentionné au c du 3° de l'article L.-14-10-5 est réparti en fonction de tout ou partie des critères mentionnés aux a à f du III de l'article L.14-10-7, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« II.- En l'absence de potentiel fiscal prévu à l'article L. 3543-1 du code général des collectivités territoriales, le concours mentionné au c du 3° de l'article L.14-10-5 est déterminé en retenant, pour les collectivités concernées, une valeur nulle de ce même potentiel.

« Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue dans des conditions prévues par la convention mentionnée à l'article L. 14-10-7-2.

« Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur les territoires du département du Rhône et de la métropole de Lyon est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue à l'article L. 146-3 par la métropole de Lyon et le département du Rhône.

« Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur le territoire de la collectivité de Corse est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue à l'article L. 146-3 par la collectivité de Corse.

« III. - La Caisse verse également la subvention mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 146-4-2, dont le montant est fixé et réparti par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et des affaires sociales. »

10° À l'article L. 14-10-7-1, les mots : « L. 14-10-6 et L. 14-10-7 » sont remplacés par les mots : « L. 14-10-6, L. 14-10-7 et L. 14-10-7-0 ».

11° L'article L. 14-10-7-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 14-10-7-3.*- La Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie signe avec toute métropole exerçant ses compétences à l'égard des personnes âgées une convention pluriannuelle fixant leurs engagements réciproques sur les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention relevant respectivement des 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1. »

12° Les articles L. 14-10-8, L. 14-10-9 et L. 14-10-10 sont abrogés.

II.- À la section 2 du chapitre IV du Titre Ier du Livre III du code l'action sociale et des familles, le I de l'article L. 314-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « de celles des prestations » sont supprimés et après les mots : « un objectif de dépenses » sont insérés les mots : « fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, des affaires sociales et du budget » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

c) Au troisième alinéa, les mots « des prestations » sont supprimés.

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 114-5, les mots : «, ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » sont supprimés ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 114-8, les mots : « et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » sont supprimés ;

3° Après l'article L.137-39 sont insérées les dispositions suivantes :

« Art. L. 137-40.- Il est institué une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie.

« Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations.

« Art. L. 137-41.- I. - Il est institué une contribution au taux de 0,3 % assise sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujettis aux prélèvements mentionnés à l'article 235 ter du code général des impôts et qui sont perçus par les personnes physiques désignées à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale.

« II.- Par dérogation au I, sont exclus de l'assiette de la contribution les revenus suivants :

« 1° Les pensions de retraite et d'invalidité des 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 n'excède pas les seuils mentionnés au 2° du III de l'article L. 136-8 ;

« 2° Les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 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 ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9.

« Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus à l'article L. 136-5. »

4° La deuxième phrase de l'article L. 168-11 est supprimée.

5° Au premier alinéa de l'article L. 200-3, après les mots : « de la Caisse nationale des allocations familiales » sont insérés les mots : « , de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ».

6° Au premier alinéa de l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : «, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ».

7° L'article L. 227-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, après les mots : « de la Caisse nationale des allocations familiales » sont insérés les mots : « , de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;

b) Au deuxième alinéa du I, les mots : « les branches mentionnées au 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 » sont remplacés par les mots : « les branches mentionnées à l'article L. 200-2 » ;

c) Au 2° bis du I, après les mots : « organisation territoriale » sont insérés les mots : « ou, pour la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2, les objectifs d'amélioration de la coordination des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » ;

d) Au 3° du I, après les mots : « lutte contre l'exclusion » sont insérés les mots : « et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » ;

e) Au 4° du I, après les mots : « de prévention » sont insérés les mots : « et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » ;

f) Au 5° du I, après les mots : « Le cas échéant, » sont insérés les mots : « et à l'exception de la branche mentionnée au 5° du L. 200-2, ».

8° Au premier alinéa de l'article L. 227-3, après les mots « des conventions d'objectifs et de gestion » sont insérés les mots : « des branches mentionnées au 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 ».

9° Après l'article L.541-4, il est inséré un nouvel article L.541-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 541-5.* - L'allocation et son complément éventuel mentionnés à l'article L.541-1 sont servis et contrôlés par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, contre remboursement. »

IV.- Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par ordonnance, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

1° Intégrer au code de la sécurité sociale les dispositions relatives à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie prévues au code de l'action sociale et des familles et à mettre en cohérence les dispositions du code de l'action sociale et des familles avec cette nouvelle codification ;

2° Modifier les dispositions du Livre Ier et du Livre II de la partie législative du code de la sécurité sociale pour les étendre, le cas échéant, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de l'ordonnance.

V.- Le I, le II et le III entrent en vigueur le 1er janvier 2021. Toutefois, les dispositions du I de l'article L. 14-10-8 dans la rédaction en vigueur à la date de la promulgation de la présente loi demeurent applicables jusqu'au renouvellement de la convention d'objectifs et de gestion prévue au 1° du III de l'article L. 14-10-3, et au plus tard jusqu'au 30 juin 2022.

Exposé des motifs

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie crée une cinquième branche au sein du régime général de la sécurité sociale dédiée au soutien à l'autonomie des

personnes âgées et des personnes handicapées ainsi que de leurs proches aidants. La gestion de la cinquième branche est confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Cette réforme a pour ambition d'assurer une meilleure équité territoriale dans l'accès aux droits des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, d'améliorer l'offre d'accompagnement à destination de ces publics et de renforcer les politiques transversales du handicap et du grand âge. Elle porte également un objectif de démocratie, avec désormais un examen annuel de la politique de l'autonomie et des conditions de son financement dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale.

Le présent article s'appuie sur les conclusions du rapport remis par Laurent Vachey au Gouvernement sur la création de la cinquième branche dédiée au soutien à l'autonomie. Il définit les missions de la CNSA, ses moyens et les conditions de son pilotage du risque autonomie. Le périmètre de la branche intègre, par ailleurs, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) dans l'objectif de simplifier les démarches des familles en poursuivant le rapprochement de cette allocation et la prestation de compensation du handicap.

Cet article fait également évoluer l'architecture budgétaire de la CNSA, dans une logique de simplification et de renforcement des pouvoirs du Conseil, afin d'améliorer la gestion du risque et de garantir l'équité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées. Il dote la CNSA de recettes propres en lui affectant une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) à côté de ses ressources historiques (CSA et CASA). Il prévoit, comme pour les autres branches, la centralisation de la gestion de trésorerie de la CNSA à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

En outre, étend à la CNSA le patrimoine commun de la sécurité sociale. Sont notamment rendues applicables à la CNSA les dispositions communes aux caisses nationales du régime général relatives aux conventions d'objectifs de gestion, à l'organisation comptable ou à la saisine du Conseil sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale et toute mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans son domaine de compétences.

CHAPITRE 4 : ASSURER LA SOUTENABILITE DES DEPENSES DE MEDICAMENTS

Article 17

[Mécanisme de sauvegarde sur les produits de santé]

I. – Le chapitre VIII du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A.- À l'article L. 138-13 :

1° Au premier alinéa, les mots : « en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6 » sont remplacés par les mots : « en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 » et les mots : « prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés

par les mots : « ou d'un encadrement prévus aux articles L. 5121-12 et ou au 1° du II ou au A du III de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 » ;

2° Au deuxième alinéa :

a) La première phrase est supprimée ;

b) Les mots : « À défaut, une » sont remplacés par le mot : « Une » ;

c) Le nombre : « 80 » est remplacé par le nombre : « 95 » ;

3° L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, pour une entreprise redevable de la contribution qui a accepté par convention conclue avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'article L. 162-16-4, L.162-16-4-1, L.162-16-5 ou L. 162-16-6 une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite, prenant effet au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, le taux mentionné à l'alinéa précédent peut être fixé entre 80 et 95%. Le pourcentage applicable à chaque entreprise est déterminé selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du montant des économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net de ces spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due ainsi que du chiffre d'affaires de l'entreprise calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11.

« Le prix net mentionné à l'alinéa précédent est calculé en défalquant les remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du prix de vente au public mentionné aux articles L. 162-16-4 et L. 162-16-4-1 minoré des marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 et des taxes en vigueur, ou du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5, ou du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 162-16-6. » ;

B. - À la section 3 :

1° Le titre de ladite section est ainsi rédigé :

« Contribution au titre de médicaments de type inhibiteurs de points de contrôle immunitaire » ;

2° L'article L. 138-19-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C » sont remplacés par les mots : « de type inhibiteurs de points de contrôle immunitaire » ;

b) A chacune de leurs occurrences, les références : « L. 162-16-5-1, L. 162-17-5 et L. 162-18 » sont remplacées par les références : « L.162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;

c) Les mots : « montant W » sont remplacés par les mots : « montant A » ;

d) Les mots : « temporaire d'utilisation » sont remplacés par les mots : « d'accès précoce, prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ou compassionnel, prévue au A du III de l'article L. 5121-12-1 du même code, » ;

3° L'article L. 138-19-2 est ainsi modifié :

a) Les références : « L. 162-16-5-1, L. 162-17-5 et L. 162-18 » sont remplacées par les références : « L.162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

4° À l'article L. 138-19-3, à chaque occurrence, la lettre : « W » est remplacée par la lettre : « A » ;

5° À l'article L. 138-19-6 :

a) Au premier alinéa, le mot : « avril » est remplacé par le mot : « juillet » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

c) Au troisième alinéa devenu le second, les mots : « 31 janvier » sont remplacés par les mots : « 1er avril » et il est complété par la phrase : « Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé, afin que celui-ci signale le cas échéant les rectifications des données à opérer. ».

II. - Pour l'année 2021, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 23,99 milliards d'euros.

III. - Les articles L. 138-19-1, L. 138-19-2, L. 138-19-3 et L. 138-19-6 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du présent article, et L. 138-19-5, et L. 138-19-7 du même code s'appliquent pour l'année 2021. Pour l'année 2021, le montant A mentionné à l'article L. 138-19-1 du même code est fixé à 850 millions d'euros.

IV. - Pour l'année 2021, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,09 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Des règles de régulation financière existent aujourd'hui pour les dépenses de médicaments et des dispositifs médicaux avec la fixation par la loi respectivement d'un montant M et d'un montant Z au-delà desquels les entreprises sont assujetties à une contribution. Il convient de fixer ces montants pour l'année 2021.

Par ailleurs, la crise liée à la pandémie de COVID-19 a mis en lumière la nécessité de préserver la production de médicaments indispensables et l'approvisionnement du marché français, notamment pour des médicaments anciens. Ainsi, il paraît important d'opérer une régulation mesurée et ciblée et de garantir les discussions conventionnelles, pour assurer l'accès des patients à ces médicaments indispensables. Il est proposé d'une part un avantage aux entreprises, en contrepartie de leurs négociations avec le Comité économique des produits de santé lors des plans de baisse de prix, via une réduction de la contribution à laquelle elles sont soumises au titre de la clause de sauvegarde, et, d'autre part de créer un mécanisme de protection spécifique en cas de forte évolution des dépenses des immunothérapies anti-PD1 et anti-PDL1 afin de ne pas peser sur la régulation des médicaments anciens.

Article 18

[Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la Sécurité sociale et l'État et entre régimes de Sécurité sociale]

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I.- À l'article L. 131-8 :

1° Le 1° est ainsi modifié :

- au troisième alinéa, le taux : « 27,57 % » est remplacé par le taux : « 19,09 % » ;
- au quatrième alinéa, le taux : « 19,06 % » est remplacé par le taux : « 27,54 % ».

2° Le *b* du 3° est ainsi modifié :

- au deuxième alinéa, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 4,28 % » ;
- au quatrième alinéa, le taux : « 4,65 % » est remplacé par le taux : « 2,75 % » ;
- au cinquième alinéa, le taux : « 4,77 % » est remplacé par le taux : « 1,93 % » ;
- au sixième alinéa, le taux : « 3,20 % » est remplacé par le taux : « 1,30 % » ;
- au septième alinéa, le taux : « 3,07 % » est remplacé par le taux : « 0,23 % » ;

3° Au *e* du 3°, le taux : « 1,98 % » est remplacé par le taux : « 2,92 % » ;

4° Le *f* du 3° est ainsi rédigé :

« *f*) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I de l'article L. 136-8, aux 1° et 2° du II, au III et au III bis dudit article L. 136-8 pour la part correspondant à un taux de 1,90 % » ;

5° Le 3° bis est ainsi modifié :

- au *a* le taux : « 8,60 % » est remplacé par le taux : « 6,70 % » ;
- après le *b* il est ajouté un *c* ainsi rédigé :

« *c*) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,90 % » ;

6° Le 8° est ainsi rédigé :

« Le produit de la taxe mentionnée au I. de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II *bis* du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1.

« Le produit de cette même taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté :

« - au fonds mentionné à l'article L. 862-1 à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ;

« - au fonds mentionné à l'article L. 815-26 à hauteur de ses charges ;

« - à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 à hauteur du solde du produit résultant des affectations mentionnées aux deux alinéas précédents. »

II.- Après le 3° du II de l'article L. 241-2, il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Par les personnes mentionnées à l'article L. 131-9. »

III.- Au premier alinéa de l'article L. 612-5, les mots : « par les branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et » sont supprimés ;

IV.- À l'article L. 635-4-1 :

a) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « du régime mentionné à l'article » sont remplacés par les mots : « des régimes mentionnés aux articles L. 632-2 et » ;

b) À la deuxième et la troisième phrases du deuxième alinéa, les mots : « ce régime » sont remplacés par les mots : « ces régimes ».

Exposé des motifs

Le présent article organise le financement de la nouvelle branche autonomie et procède à des transferts entre branches et organismes de sécurité sociale.

Tout d'abord, le présent article permet d'affecter à la 5ème branche, en soutien des dépenses attachées à l'accompagnement des personnes âgées et handicapées, une ressource autonome et pérenne : la CSG. La fraction attribuée à la branche vise à garantir la couverture de l'ONDAM médico-social jusque-là financé par dotation de l'assurance maladie, les engagements pris au titre du Ségur de la santé en reconnaissance du travail engagé dans les EHPAD, ou encore le financement de l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (AEEH) jusque-là pris en charge par la branche famille.

Par ailleurs, le présent article tire les conséquences financières du transfert du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et des points d'accueil écoute jeunes (PAEJ) de l'État à la sécurité sociale, en vue d'en améliorer le pilotage et la cohérence d'ensemble avec la politique de sécurité sociale.

Il prévoit enfin la finalisation de la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants en procédant à des ajustements sur les règles de financement des dépenses de gestion administrative du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et sur les modalités de gestion des activités nécessaires à la détermination de la politique de pilotage du régime invalidité-décès des artisans et commerçants et à la gestion opérationnelle des placements financiers et immobiliers constitutifs des réserves de ce régime.

Article 19

[Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5]

Est approuvé le montant de 5,3 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 2021.

Exposé des motifs

Les crédits ouverts sur le budget de l'État en compensation d'exonérations s'élèvent à 5,3 milliards d'euros en 2021. Ils seront inférieurs aux crédits de compensation décidés pour 2020, lesquels intègrent en outre la compensation des exonérations temporaires supplémentaires décidées en LFR 3 en soutien des entreprises fortement impactées par la crise sanitaire pour un coût estimé sur l'exercice budgétaire 2020 de 5,2 milliards d'euros.

Article 20

[Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV]

Pour l'année 2021, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	199,5	218,4	- 19,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,7	14,1	0,6
Vieillesse	245,2	251,9	- 6,6
Famille	50,4	49,3	1,1
Autonomie	31,2	31,2	0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	526,9	550,8	- 23,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	525,0	551,3	- 26,4

Exposé des motifs

En 2021, compte tenu des conséquences durables de la crise sur les dépenses et les recettes malgré un rebond anticipé pour 2021, le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale atteindrait 23,9 milliards d'euros. Le Fonds de solidarité vieillesse présente quant à lui un déficit de - 2,4 milliards d'euros. Le fort rebond des recettes (+ 7,5%) et la moindre progression des dépenses permettraient ainsi de réduire fortement le déficit, sans

pour autant se rapprocher de l'équilibre, le niveau de recettes étant durablement et substantiellement moins élevé que prévu avant la crise sanitaire.

Article 21

[Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et du FSV]

Pour l'année 2021, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branches, du régime général :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	197,9	216,9	- 19,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,7	0,5
Vieillesse	137,4	144,7	- 7,3
Famille	50,4	49,3	1,1
Autonomie	31,2	31,2	0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	416,2	440,9	- 24,7
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	415,4	442,5	- 27,1

Exposé des motifs

En 2021, les branches du régime général devraient cumuler un déficit de - 24,7 milliards d'euros. Le solde cumulé du régime général et du FSV présente quant à lui un déficit de - 27,1 milliards d'euros. L'impact sans précédent de la crise sanitaire sur les comptes 2020 explique la poursuite du décrochage entre les recettes et les dépenses. Les dépenses d'assurance maladie continuent de surcroît de progresser de manière dynamique avec un engagement sans précédent de soutien à notre système de santé, et des provisions pour accompagner la gestion de la crise sanitaire.

Article 22

[Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV]

I.- Pour l'année 2021, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

II.- Pour l'année 2021, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 17,1 milliards d'euros.

III.- Pour l'année 2021, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

IV. - Pour l'année 2021, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes	0
Total	0

Exposé des motifs

La crise sanitaire liée à l'épidémie de coronavirus ayant fortement détérioré les finances sociales, les dettes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ont sensiblement augmenté en 2020. Un transfert de dette sociale à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a par conséquent été organisé par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, pour un montant global de 136 milliards d'euros. Afin d'amortir cette nouvelle dette, l'échéance de remboursement de la dette sociale a été repoussée de 2024 à 2033 par la loi organique du 7 août 2020.

Compte tenu de ses recettes 2021, la CADES devrait amortir 17,1 milliards d'euros en 2021 et aura amorti depuis sa création un total de 204,4 milliards d'euros.

Article 23

[Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes]

Sont habilités en 2021 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)
	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	95 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} au 31 janvier 2021	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} février au 31 décembre 2021	250

Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	465
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	150
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	3 600

Exposé des motifs

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) sera fixé à 95 milliards d'euros pour l'exercice 2021. Ce niveau maximal est stable par rapport au plafond autorisé pour 2020 qui a été plusieurs fois relevé.

Le maintien d'un plafond d'emprunt de l'ACOSS à 95 milliards d'euros en 2021 s'explique notamment par la nécessité de tenir compte du caractère progressif des reprises de dette par la CADES, l'apurement progressif des dettes sociales autorisés par le Gouvernement et la prévision de déficit. Enfin, il demeure nécessaire de conserver une marge de manœuvre suffisante si la situation sanitaire venait à se dégrader à nouveau et nécessitait de mettre en place de nouvelles mesures de soutien aux employeurs.

Ce plafond permettra en outre la couverture intégrale des besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles, du régime de sécurité sociale dans les mines, du régime spécial des industries électriques et gazières, du régime spécial des agents de la SNCF et du régime d'assurance vieillesse des fonctionnaires locaux et hospitaliers (CNRACL). L'ACOSS sera ainsi en mesure de gérer les aléas et décalages de flux pesant sur son profil tout au long de l'année.

Le présent article fixe également les plafonds d'emprunt pour les autres organismes de sécurité sociale.

Article 24

[Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)]

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2021 à 2024), 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.

Exposé des motifs

Le présent article vise à approuver la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base présentée dans l'annexe B à la loi de financement de la sécurité sociale.

L'annexe présente les sous-jacents économiques qui ont permis la construction du projet de loi et des soldes des régimes de base jusqu'en 2024, et notamment les données macro-économiques qui déterminent le niveau des recettes, ainsi que la montée en charge des mesures portées dans le PLFSS en dépenses.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

CHAPITRE I : METTRE EN ŒUVRE LES ENGAGEMENTS DU SEGUR DE LA SANTE

Article 25

[Revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les établissements de santé et les EHPAD]

I.- Les fonctionnaires, militaires et agents contractuels de droit public non médicaux et ouvriers des établissements industriels de l'État exerçant leurs fonctions au sein d'établissements ou structures publics concourant aux missions mentionnées à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique ou au sein des établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles bénéficient d'un complément de traitement indiciaire, dans des conditions fixées par décret.

Le complément de traitement indiciaire est versé à compter du 1er septembre 2020.

Les catégories d'établissements ou de structures publics mentionnés dans le premier alinéa ainsi que les modalités d'attribution et de versement du complément de traitement indiciaire sont fixées par décret.

II.- Les fonctionnaires de l'État et les militaires admis à faire valoir leurs droits à la retraite à compter du 1er septembre 2020 ayant perçu le complément de traitement indiciaire mentionné au I ont droit à un supplément de pension s'ajoutant à la pension liquidée en application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Ce supplément de pension est calculé dans les conditions prévues au I de l'article L. 15 de ce code en retenant au titre du traitement ou de la solde afférents à l'indice retenu, le complément de traitement indiciaire mentionné au I du présent article. Les conditions de jouissance et de réversion de ce supplément de pension sont identiques à celles de la pension elle-même. Il est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 16 du même code.

Le complément de traitement indiciaire mentionné au I est soumis aux contributions et cotisations prévues à l'article L. 61 du même code selon les conditions fixées pour le traitement ou la solde.

III.- Les dispositions du II sont étendues dans des conditions analogues, par décret en Conseil d'État, aux fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, ainsi qu'aux ouvriers des établissements industriels de l'État.

IV.- Après le I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles est inséré un I bis ainsi rédigé :

« I bis- Par dérogation au I, les financements complémentaires mentionnés au 1° peuvent financer des revalorisations salariales liées à l'attractivité des métiers des personnels relevant des tarifs mentionnés aux 2° et 3°. »

Exposé des motifs

Les accords du Ségur de la santé ont été signés le 13 juillet 2020 par le Premier ministre, le ministre des Solidarités et de la Santé, ainsi que par une majorité d'organisations syndicales. Preuve de la reconnaissance de l'engagement sans faille des 1,5 million de professionnels exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé et les EHPAD au service des patients et des résidents, ces accords prévoient notamment des mesures de revalorisation salariale.

Une revalorisation socle a été décidée. Elle prévoit une augmentation de 183 € nets par mois au sein des établissements de santé et EHPAD publics (+90 € applicable au 1er septembre 2020 ; +93 € au 1er mars 2021) et privés non lucratifs et de 160 € nets par mois pour le secteur privé lucratif.

Ce complément de traitement indiciaire constitue une mesure de revalorisation salariale inédite de par son montant et son périmètre puisque sont concernés l'ensemble des personnels hospitaliers et des EHPAD quel que soit leur statut (titulaire ou contractuel, soignant ou non soignant). Il vise à mieux prendre en compte les sujétions particulières de ces métiers du soin au service de la population afin de les rendre attractifs.

Le nouveau complément de traitement indiciaire sera pris en compte dans le calcul des droits à la retraite des agents bénéficiaires.

Pour les établissements privés à but non lucratifs et commerciaux, des accords conventionnels devront être conclus en ce sens par les partenaires sociaux dès 2020 pour mettre en œuvre la revalorisation salariale.

S'agissant spécifiquement des EHPAD, les revalorisations salariales seront financées en intégralité par la CNSA, via la section « soins », de manière à éviter l'augmentation du reste-à-charge des résidents.

Article 26

[Relancer l'investissement pour la santé]

L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifié :

1° Au I, les mots : « pour la modernisation des établissements de santé publics et privés » sont remplacés par les mots : « pour la modernisation et l'investissement en santé »

2° Au III, après les mots : « des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire, » sont ajoutés les mots : « des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1434-12, L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, et des établissements et services médico-sociaux »

3° Le III *bis*.- est abrogé

4° Après le III *quinquies*.- est inséré un III *sexies* ainsi rédigé :

« III *sexies*.- Le fonds peut également financer l'ensemble des dépenses engagées dans le cadre d'actions ayant pour objet la modernisation, l'adaptation ou la restructuration des systèmes d'information de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale.

5° Au IV, les mots : « d'un an à compter de la notification ou de la publicité de l'acte de délégation des crédits du fonds » sont remplacés par les mots : « fixé par décret » et les mots : « de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis » sont remplacés par les mots : « fixé par décret » ;

6° La première phrase du premier alinéa du V est remplacée une phrase ainsi rédigée : « Les ressources du fonds sont notamment constituées par le reversement des avances remboursables mentionnées au III ainsi que par des participations des régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, et de la branche mentionnée au 5° de l'article L.200-2 du code de la sécurité sociale, d'autre part, dont les montants sont fixés le cas échéant par la loi de financement de la sécurité sociale de l'année. »

Exposé des motifs

A l'occasion de son discours de l'inauguration de l'hôpital militaire de campagne à Mulhouse le 25 mars dernier, le Président de la République a pris l'engagement d'un plan massif d'investissement pour l'hôpital. Les conclusions du Ségur de la santé déclinent cet engagement en faveur du système de santé à travers un plan de 6 Md€ comprenant :

-2,5Md€ pour les projets hospitaliers prioritaires et l'investissement ville-hôpital ;

-1,4 Md€ pour le numérique en Santé ;

-2,1 Md€ pour la transformation, la rénovation et l'équipement dans les établissements médico-sociaux, dont 0,6 Md€ au titre de l'investissement numérique.

Cet effort, qui sera largement porté par le Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé créé au présent article, s'inscrit dans le plan de relance de l'économie et s'ajoute aux 13 Md€ de reprise partielle de la dette hospitalière présentée dans ce PLFSS pour notamment soutenir l'investissement courant.

Article 27

[Favoriser l'investissement courant à travers la reprise de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier]

I. – Chaque année de 2021 à 2034, afin de concourir à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier, les organismes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale procèdent à des versements au profit des établissements mentionnés au L. 6112-3 du code de la santé publique volontaires et signataires du contrat mentionné au II du présent article, au titre de la reprise des échéances des emprunts contractés par ces établissements au 31 décembre 2019.

Le montant total de ces versements n'excède pas, pour la totalité de la période considérée, le montant mentionné au C du II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996.

Le financement de ces versements est assuré par les sommes transférées par la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour le compte de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, en application du C de l'article 1er de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. Pour les organismes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, les versements constituent des opérations de trésorerie, sans incidence sur leur compte de résultat.

II. – Pour la détermination du montant des versements mentionnés au I pour chaque établissement l'assiette retenue comprend les encours restants dus au titre des emprunts obligataires, bancaires, des contrats de partenariat ou baux emphytéotiques hospitaliers, ou tout autre prêt consenti par un organisme public ou souscrit auprès d'organismes ou prêteurs divers, qui sont inscrits au bilan de l'établissement et qui se rapportent au financement du seul champ sanitaire hors unités de soins de longue durée. Il tient compte des aides ou compensations déjà accordées à l'établissement au titre de ces mêmes emprunts.

III.- L'attribution des versements mentionnés au I est soumise à la conclusion par chaque établissement bénéficiaire d'un contrat avec l'agence régionale de santé avant le 31 décembre 2021, qui détermine les engagements qu'ils visent à soutenir.

Ces contrats sont signés, pour une durée maximale de quinze ans, par le directeur général de l'agence régionale et les représentants légaux des établissements mentionnés au I du présent article. Ils peuvent faire l'objet d'une révision par voie d'avenant pendant toute la durée du contrat.

IV.- Le contrat mentionné au III du présent article précise :

1° Le mandat confié à l'établissement et les objectifs fixés en contrepartie des versements mentionnés au I du présent article, notamment les engagements pris par l'établissement en matière d'investissement, d'assainissement de la situation financière et de transformation ;

2° L'assiette et le montant total des versements ainsi que l'ensemble des paramètres de calcul ;

3° L'échéancier des versements annuels ;

4° Les indicateurs de suivi, les modalités d'évaluation et de contrôle ainsi que les conséquences en cas de non-respect des engagements pris par l'établissement mentionnés au 1° du présent IV, notamment les modalités de sanctions financières, en cas de non-respect des engagements aux contrats, applicables par l'agence régionale de santé. Celles-ci ne peuvent excéder, pour une année donnée, le montant des versements mentionnés au I du présent article pour cette même année.

V.- Lors du renouvellement des contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, les agences régionales de santé s'assurent qu'ils sont en cohérence avec les engagements et les moyens fixés dans le contrat mentionné au II du présent article.

VI.- Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de détermination de l'assiette et du montant des versements mentionnés au I, leurs conditions de mise en œuvre et les modalités d'application du contrat mentionné au III et au IV, sont définies par décret en Conseil d'État.

Exposé des motifs

La relance de l'investissement et en particulier l'investissement courant, est un levier majeur pour améliorer des conditions de prise en charge des patients et de travail des personnels hospitaliers. À ce titre, le Ségur de la santé réaffirme un programme inédit de refinancement de la dette des hôpitaux afin d'améliorer leur situation financière et de leur redonner rapidement les moyens d'investir. Cet effort représente un montant d'environ 13 Md€.

L'octroi de dotations d'investissement, fonction du niveau d'endettement des établissements, devra se faire dans le cadre d'une décision partagée avec les acteurs du territoire, afin de maintenir une sélectivité des investissements apportant une amélioration de l'offre de soins sur les territoires.

Article 28

[Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé]

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

A. – Au chapitre préliminaire :

1° Le I de l'article L. 160-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La participation de l'assuré aux frais occasionnés par son passage non programmé dans une structure des urgences autorisée est fixée à un montant forfaitaire défini par arrêté pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce montant peut être réduit dans les cas mentionnés à l'article L. 160-9, aux 3°, 4° et 13° de l'article L.160-14 et à l'article L. 371-1. Nonobstant toute disposition contraire, cette participation ne peut être supprimée, sauf dans les cas visés aux articles L. 16-10-1 et L. 169-1 et 15° de l'article L.160-14. Cette participation est due pour chaque passage aux urgences dès lors que ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. ».

B. – À l'article L. 162-22-8-2 :

1° Au troisième alinéa, le mot : « L'Etat » est remplacé par les mots : « Le directeur de l'agence régionale de santé » ;

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

« La répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités ; ».

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

« 4° Des recettes liées à la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations réalisés dans une structure des urgences autorisée, mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13. ».

C.- A l'article L. 162-22-9-1, après les mots : « des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 », sont insérés les mots : « , à l'exception des forfaits déterminés en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2, ».

D.- Au 3° de l'article L. 162-22-10, après les mots : « s'appliquant aux tarifs nationaux, » sont insérés les mots : « à l'exception des forfaits déterminés en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2, ».

E. – Le 2° de l'article L. 162-22-11-1 est complété par les mots : « ou la participation forfaitaire mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13 ».

F. – Au 4° de l'article L. 169-2, après les mots : « premier alinéa » sont insérés les mots : « et au dernier alinéa ».

II. – A. Le titre II du livre 1^{er} du même code est ainsi modifié :

1° À l'article L.162-20-1 est inséré un IV ainsi rédigé :

« IV.- Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français bénéficie d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations. »

2° L'article L. 162-22-6-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

3° À l'article L. 162-23-16, les mots : « tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, » sont supprimés.

4° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, la référence : « L. 162-22-6-1, » est supprimée.

B.- Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :

1° Les mots : « Jusqu'au 31 décembre 2020, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. » sont remplacés par les mots : « Jusqu'au 31 décembre 2021, par dérogation à l'article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale, les tarifs applicables en 2020 dans chaque établissement restent en vigueur à la place de la tarification nationale journalière des prestations, en ce qui concerne les activités mentionnées au 2° et 4° de l'article L. 162-22 du même code. »

2° Les mots : « Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français bénéficie d'un ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations. » sont supprimés.

C.- L'article 35 de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

1° Au V :

a) Après les mots : « Pour les activités mentionnées au 2° », sont insérés les mots : « et 4° » ;

b) Les mots : « à la date prévue au VI de l'article 34 de la présente loi. » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} janvier 2022. » ;

c) Le troisième alinéa est abrogé.

2° Au VI :

a) Au premier alinéa, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « de la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L.162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L.162-23-4 du même code » sont remplacés par les mots : « du 1^{er} janvier 2022 » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « de la date prévue au VI de l'article 34 de la présente loi » sont remplacés par les mots : « du 1^{er} janvier 2022 » ;

3° Après le VI de l'article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, il est ajouté un VII ainsi rédigé :

« VII.- Par dérogation au II de l'article L.162-20-1 du présent code, du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021, pour les activités mentionnées aux 2° et 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, la base de calcul de la participation du patient demeure les tarifs des prestations d'hospitalisation ou des tarifs de responsabilité fixés antérieurement à la présente loi par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021, pour les établissements mentionnés au d et e de l'article L. 162-22-6 exerçant des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22, les tarifs des prestations d'hospitalisation ou les tarifs de responsabilité fixés antérieurement à la présente loi par le directeur général de l'agence régionale de santé servent également de base au calcul de la dotation tenant compte de l'activité de l'établissement mentionnée à l'article L. 162-22-19. »

III.- Après l'article L. 162-23-13 il est créé un article L. 162-23-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-23-13-1 – I. – Sans préjudice des autres recours, tout établissement de santé confronté à un différend d'interprétation des règles de facturation en application du 1° de l'article L. 162-22-6, peut solliciter une prise de position formelle de l'administration sur sa situation.

« Il ne sera procédé à aucune sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation en application de l'article L. 162-23-13, pour ces prises en charge, si la cause de la sanction poursuivie par l'administration est un différend sur l'interprétation par l'établissement de santé de bonne foi des règles de facturation des prises en charge de moins d'une journée et s'il est démontré que l'interprétation sur laquelle est fondée la première décision a été, à l'époque, formellement admise par l'administration.

« Lorsque la situation de fait exposée dans la demande ou la réglementation au regard de laquelle cette situation a été appréciée ont été modifiées, l'établissement de santé ne peut plus se prévaloir de la prise de position qui a été, à l'époque, formellement admise par l'administration.

« II. – L'établissement de santé sollicite le ministre chargé de la santé qui se prononce dans un délai de trois mois lorsqu'il est saisi d'une demande écrite, précise et complète par un établissement de santé de bonne foi.

« Le silence gardé par l'administration qui n'a pas répondu dans un délai de trois mois à un établissement de santé de bonne foi qui a sollicité de sa part, dans les conditions prévues au présent article, une interprétation des règles de facturation applicables à sa situation de fait, ne vaut pas prise de position formelle.

« III. – Un établissement de santé ne peut pas solliciter une prise de position formelle de l'administration sur sa situation dans les cas suivants :

« 1° Lorsqu'un contrôle de la tarification à l'activité, prévu à l'article L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, sur ce séjour, a été engagé ;

« 2° Lorsqu'un contentieux en lien avec un contrôle de la tarification à l'activité, prévu à l'article L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, sur ce séjour, est en cours.

« IV.- Cette demande peut également être adressée par une organisation nationale représentative des établissements de santé ou une société savante pour le nom et le compte d'un ou plusieurs établissements de santé, dans les mêmes conditions que celles prévues au présent article.

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

IV. – Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 24 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le nombre : « neuf » est remplacé par le nombre : « dix ».

V. – Le III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Le B est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la date : « 1er janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1er janvier 2022 » et les références : « aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 162-23-2 »

b) Au deuxième alinéa, les mots : « définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 » sont remplacés par les mots : « liées aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L. 162-23-3 » et la date : « 1er janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1er janvier 2022 ».

2° Le F est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « 28 février 2023 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2020 » ;

b) Le premier alinéa est complété par les mots : « et du 1er janvier 2021 au 28 février 2023, le montant lié aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L.162-23-3 n'est pas facturé par les établissements mentionnés au d et e de l'article L.162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. » ;

c) Au quatrième alinéa, les mots : « du montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III » sont remplacés par les mots : « des montants mentionnés au premier alinéa du présent F ».

VI. – La loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifiée :

A.- Au IV de l'article 57 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, les mots « 1er janvier 2021 » sont remplacés par les mots « 1er septembre 2021 » et les mots « 30 juin 2020 » sont remplacés par les mots « 1er mars 2021 ».

B.- Au III de l'article 64 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, la date : « 1er janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1er janvier 2022 »

VII.- Les établissements de santé figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 ne répondant pas, au titre de l'année 2021, aux exigences du nouveau cadre juridique des hôpitaux de proximité issu de l'article 35 de la loi précitée, continuent de bénéficier, pour cette année, du régime de financement dérogatoire décrit à l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Exposé des motifs

Le plan Ma Santé 2022 a engagé une évolution structurelle du financement des établissements de santé.

La crise sanitaire a fortement perturbé le calendrier de travail d'un certain nombre de ces réformes en 2020. Le présent article permet d'ajuster leur calendrier de mise en œuvre pour assurer leur entrée en vigueur dans de bonnes conditions :

- report de la réforme du ticket modérateur en psychiatrie et SSR au 1^{er} janvier 2022 ;
- adaptation de la période de transition du nouveau modèle de financement des activités des SSR ;
- adaptation de la transition vers le nouveau modèle de financement des hôpitaux de proximité ;
- prorogation au-delà du 31 décembre 2020 des expérimentations sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers ;
- report de la réforme du financement des centres de luttés contre la tuberculose

- report de la réforme des contrats d'amélioration de la qualité en établissements de santé.

Par ailleurs, le présent article complète la réforme du modèle de financement des structures des urgences, introduite par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Il modifie les règles de participation des assurés qui passent aux urgences sans être hospitalisés.

Il clarifie les règles de financement des hôpitaux de jour. Un dispositif de rescrit tarifaire est mis en œuvre, permettant de solliciter une position formelle de l'État sur la facturation en hôpital de jour.

Article 29

[Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine]

I.- À compter du 1^{er} janvier 2021 et pour la durée de l'expérimentation prévue au II, les établissements de santé mentionnés aux *a, b, c, d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités de médecine au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique qui en font la demande bénéficient par dérogation aux dispositions du 1^o de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, d'une dotation socle.

La liste des établissements volontaires est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le montant de la dotation socle prévue en application du I est calculé sur la base d'un pourcentage de la valorisation économique des séjours de médecine réalisés l'année précédente au sein de l'établissement concerné.

La valorisation de l'activité des séjours de médecine réalisée par l'établissement concerné durant l'année en cours tient compte de la dotation socle déterminée en application du présent I.

Les conditions d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires, les modalités de détermination et de calcul de la dotation socle, ainsi que son montant sont fixés par décret.

II.- L'État peut autoriser, pour une durée de cinq ans et à titre expérimental, un financement des activités de médecine composé d'une dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles, d'un paiement à l'activité et à l'acte et d'un financement à la qualité.

Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé aux dispositions suivantes :

1^o Aux règles de financement des établissements de santé, de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-22, L. 162-22-6, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale;

2° L'article L. 162-2 du présent code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation notamment les conditions d'entrée dans le dispositif, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre et les modalités d'évaluation de l'expérimentation.

III.- La dotation prévue au présent II se substitue à la dotation socle prévue au présent I lorsque l'établissement de santé qui bénéficie de la dotation socle poursuit le dispositif d'expérimentation tel que prévu au présent II.

Exposé des motifs

Cette mesure s'inscrit au titre des engagements pris dans le cadre du Ségur de la Santé pour diversifier les modalités de financement de l'hôpital. Les accords prévoient notamment d'accélérer la réduction de la part de la T2A en mettant en œuvre sur les territoires et pour les établissements qui le souhaitent une expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités hospitalières de médecine.

La mesure proposée permet d'expérimenter sur 5 ans un nouveau mode de financement de l'activité de médecine à l'échelle territoriale combinant une part de financement à l'activité, une part de financement dit populationnel et une part de financement à la qualité. Dès 2021, et afin d'engager les établissements de santé dans la démarche, ceux-ci pourront bénéficier, pour une part de leur financement, d'une dotation socle, en lieu et place de la T2A, dont le pourcentage devra être déterminé par décret. Ce « droit d'option » sera contractualisé avec l'Agence régionale de santé sur des objectifs de qualité des prises en charge, de réponse aux besoins du territoire et de participation aux travaux d'expérimentation relatifs au modèle cible de financement.

Article 30

[Pérennisation et développement des maisons de naissance]

I.- Le chapitre III *ter* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« CHAPITRE III *TER*

« Maisons de naissance

« *Art. L. 6323-4.* – Les maisons de naissance sont des structures sanitaires où des sages-femmes réalisent l'accouchement des parturientes dont elles ont assuré la préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que le suivi médical de grossesse et de ses suites dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3.

« La maison de naissance conclut obligatoirement une convention avec un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique et contigu à celle-ci, dont le contenu est précisé par un arrêté du ministre chargé de la santé. La convention comprend notamment les modalités d'accès vers l'établissement partenaire en cas de nécessité de transport rapide des parturientes et des nouveau-nés.

« Si nécessaire, la maison de naissance peut conclure des conventions avec d'autres structures, notamment pédiatriques.

« *Art. L. 6323-4-1.* – Outre les activités mentionnées à l'article L. 6323-4, les maisons de naissance peuvent :

« 1° Mener des actions de santé publique, de prévention et d'éducation thérapeutique notamment en vue de favoriser l'accès aux droits des femmes ;

« 2° Constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des sages-femmes.

« *Art. L. 6323-4-2.* – Les maisons de naissance sont créées et gérées soit par :

« - des sages-femmes, éventuellement associées pour leur exercice professionnel en maison de naissance,

« - un établissement de santé,

« - une personne morale dont l'objet porte notamment sur l'exploitation d'une maison de naissance.

« *Art. L. 6323-4-3.* – L'exercice des professionnels au sein des maisons de naissance peut être libéral ou salarié.

« *Art. L. 6323-4-4.* – Les maisons de naissance peuvent être membres de communautés professionnelles territoriales de santé au sens de l'article L. 1434-12. Elles sont membres des réseaux de périnatalité.

« *Art. L. 6323-4-5.* – L'ouverture de la maison de naissance est soumise à autorisation de l'agence régionale de santé. Les maisons de naissance doivent respecter les conditions spécifiques de fonctionnement précisées par décret en conseil d'Etat et être conformes au cahier des charges adoptées par la Haute Autorité de santé. Cette autorisation a une durée de sept ans et est renouvelable dans les mêmes conditions.

« *Art. L. 6323-4-6.* – I.- Lorsqu'il est constaté un manquement compromettant la qualité ou la sécurité des soins, au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux maisons de naissance ou en cas d'abus ou de fraude commise à l'égard des organismes de sécurité sociale ou des assurés sociaux, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie à l'organisme gestionnaire de la maison de naissance et lui demande de faire connaître, dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours, ses observations en réponse ainsi que les mesures correctrices adoptées ou envisagées.

« En l'absence de réponse dans ce délai ou si cette réponse est insuffisante, il adresse au gestionnaire de la maison de naissance une injonction de prendre toutes dispositions nécessaires et de faire cesser définitivement les manquements dans un délai déterminé. Il en constate l'exécution.

« II.- En cas d'urgence tenant à la sécurité des femmes enceintes ou lorsqu'il n'a pas été satisfait, dans le délai fixé, à l'injonction prévue au I, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité de la maison de naissance.

« La décision est notifiée au représentant légal de l'organisme gestionnaire de la maison de naissance, accompagnée des constatations faites et assortie d'une mise en demeure de remédier aux manquements dans un délai déterminé.

« S'il est constaté, au terme de ce délai, qu'il a été satisfait à la mise en demeure, le directeur général de l'agence régionale de santé, éventuellement après réalisation d'une visite de conformité, met fin à la suspension.

« Dans le cas contraire, le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce, soit sur le maintien de la suspension jusqu'à l'achèvement de la mise en œuvre des mesures prévues, soit sur la fermeture de la maison de naissance.

« *Art. L. 6323-4-7* – Chaque organisme gestionnaire d'une maison de naissance transmet annuellement au directeur général de l'agence régionale de santé les informations relatives à l'activité et aux caractéristiques de fonctionnement et de gestion de la maison de naissance dont il est le représentant légal. Les informations dont la transmission est exigée sont précisées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« *Art. L. 6323-4-8* – Les modalités d'application du présent chapitre ainsi que notamment les conditions d'autorisation des maisons de naissance, les conditions spécifiques de leur fonctionnement, de leur évaluation ainsi que les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels sont définies par décret en Conseil d'État. »

II.- À la première phrase de l'article L. 6323-5 du code de la santé publique, après les mots : « maisons de santé », sont insérés les mots : « maisons de naissance ».

III.- Les maisons de naissance autorisées en application de la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013, doivent demander l'autorisation prévue à l'article L. 6323-4-6, dans un délai de trois mois à compter de l'entrée en vigueur du décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L.6323-4-8 du code de la santé publique. Elles peuvent poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande.

Exposé des motifs

Les maisons de naissance sont des structures autonomes de suivi médical des grossesses physiologiques, de l'accouchement et de ses suites, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes qui ont vu le jour à titre expérimental en 2015. Elles s'adressent aux femmes sans antécédents ni comorbidités particuliers, désireuses d'une prise en charge globale de leur accompagnement, d'un accouchement physiologique sécurisé et de soins du post-partum réalisés au domicile, à leur retour quelques heures après la naissance. La femme et son entourage bénéficient ainsi d'un suivi personnalisé par une ou deux sages-femmes depuis le début de la grossesse. La sécurité est assurée par la proximité avec un service de maternité dont chaque maison de naissance est partenaire, ce qui permet un transfert rapide de la parturiente ou du nouveau-né, si nécessaire. Compte tenu de la moindre médicalisation dans ces structures (pas de personnel médical autre que les sages-femmes, pas de plateau technique) le coût global de prise en charge d'un accouchement est inférieur à celui réalisé en maternité de niveau 1.

Eu égard aux résultats positifs atteints par les 8 structures implantées dans 6 régions (Ile de France, Occitanie, Auvergne- Rhône Alpes, Grand Est, Guadeloupe, La Réunion) et qui ont fait l'objet d'un rapport au Parlement cet été, il convient de les pérenniser et de développer cette offre qui répond aux attentes d'une partie de la population. En effet, l'expérimentation a

démontré que ces structures répondaient à de réels besoins et pouvaient représenter une nouvelle offre de santé périnatale complémentaire aux soins prodigués dans les maternités.

Ainsi, dans le cadre de la pérennisation de ce dispositif expérimental, une extension de l'offre est envisagée en tenant compte du besoin local. Il est prévu que la montée en charge des maisons de naissance soit progressive (d'où une mesure lissée sur deux ans) mais atteigne 20 structures à échéance de fin 2022.

Article 31

[Soutien au développement des hôtels hospitaliers]

À compter du 1^{er} janvier 2021 et jusqu'au 31 décembre 2023 les établissements de santé peuvent bénéficier d'un financement spécifique destiné à mettre en place un dispositif d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins pour des patients ne nécessitant pas d'hébergement hospitalier pour leurs prises en charge, à l'exception des femmes enceintes bénéficiant d'une prestation d'hébergement spécifique prévue à l'article L. 6111-1-5 du code de la santé publique.

L'établissement de santé peut déléguer la prestation à un tiers par voie de convention.

Les modalités d'application du présent article notamment les conditions d'accès et les critères d'éligibilité des patients au dispositif, les conditions de choix et de conventionnement des tiers qui peuvent se voir déléguer la réalisation de la prestation d'hébergement par les établissements, sont fixées par décret.

Un cahier des charges fixe les conditions d'accès à ce financement. Son contenu est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Un rapport d'évaluation est réalisé au 31 décembre 2022 et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Exposé des motifs

L'expérimentation des hébergements non médicalisés des patients en amont ou en aval de leur prise en charge hospitalière menée depuis 2015 a permis de mettre en exergue les enjeux liés au déploiement de ce dispositif :

- Un enjeu de santé publique en termes d'accès facilité aux soins dans certains territoires et pour certaines prises en charge ;

- Un levier d'amélioration des organisations pour les établissements de santé : fluidification et optimisation des parcours en hospitalisation complète, permettant d'améliorer la gestion des lits ; développement de l'activité ambulatoire permettant d'accompagner les démarches d'évolution capacitaire des établissements ;

- Un enjeu d'économies directes pour l'Assurance Maladie grâce à la limitation des transports itératifs (séances).

Eu égard à ces éléments et conformément aux conclusions du Ségur de la santé, il est proposé d'élargir ce dispositif.

Article 32

[Prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations]

Jusqu'au 31 décembre 2022, la participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est supprimée pour les frais liés aux actes réalisés en téléconsultation.

Exposé des motifs

La prise en charge intégrale des actes réalisés en téléconsultation pour l'ensemble des assurés a constitué non seulement une mesure de lutte contre la propagation de l'épidémie (permettant un accès continu à la médecine de ville, y compris en période de confinement généralisé et dans les zones médicales sous-denses) mais aussi une mesure de simplification (facturation et paiement simplifiés) en permettant au médecin sa pratique même en l'absence de solution de paiement à distance pour ses patients.

Ces mesures ont permis une expansion sans précédent des actes réalisés en téléconsultation, les faisant passer de 10 000 à 1 million par semaine au plus fort de la crise.

Les travaux menés dans le cadre du Ségur de la santé ont conclu à la nécessité « d'accélérer le développement des téléconsultations ». En effet, il semble fondamental de maintenir les conditions d'un recours facilité à la télésanté en ville et à l'hôpital et de s'assurer qu'elle soit mise en œuvre par un large panel de professionnels de santé en cohérence avec l'objectif du Gouvernement d'améliorer l'accès aux soins.

Afin d'accompagner l'essor de cette pratique, il est donc proposé de prolonger jusqu'à la fin de l'année 2022 la mesure dérogatoire de prise en charge à 100% des téléconsultations, afin de laisser le temps aux partenaires conventionnels de redéfinir les conditions du recours à cette pratique et aux professionnels de santé de s'équiper des outils et solutions techniques permettant sa gestion dans le droit commun.

Article 33

[Report de la convention médicale]

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la convention nationale prévue à l'article L. 162-5 régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins conclue le 25 août 2016 et approuvée le 20 octobre 2016 prendra fin le 31 mars 2023.

Exposé des motifs

La convention médicale qui régit les liens entre les médecins libéraux et l'assurance maladie arrivera à échéance le 24 octobre 2021. Or les textes organisant la vie conventionnelle prévoient un lancement du processus de négociation dès janvier 2021, soit trois mois avant les élections qui doivent conduire à revoir la représentativité des différents syndicats signataires. Il convient donc de proroger la convention actuelle afin de permettre que la négociation de la prochaine convention médicale puisse se dérouler à l'issue de ce processus électoral.

Article 34

[Assurer une meilleure prévention des risques et garantir la préservation de la santé au travail par une action coordonnée des professionnels de santé sur le territoire]

I.- À titre expérimental, pour une durée de trois ans et sur le territoire de quatre services de santé au travail relevant des caisses locales de mutualité sociale agricole, par dérogation aux articles L. 4624-1, L. 4624-2 et L. 4624-2-1 du code du travail et dans les conditions fixées par le protocole de coopération établi conformément aux articles L. 4011-1 et R. 4011-1 du code de la santé publique, l'infirmier qualifié en santé au travail de ces services assure :

1° La réalisation de l'examen périodique du travailleur agricole dans le cadre du suivi individuel renforcé dont il bénéficie ;

2° La réalisation de l'examen de reprise de la travailleuse agricole après son congé maternité, dès lors qu'elle n'est pas affectée à un poste présentant des risques particuliers ;

3° Le bilan à cinquante ans prévu par l'article R. 717-18-1 du code rural et de la pêche maritime.

II. - Ces transferts d'activités opérés afin de garantir la préservation de la santé au travail des travailleurs agricoles doivent permettre aux médecins du travail de redéployer leurs actions et d'assurer le suivi de l'état de santé des cas plus complexes ou des cas peu suivis comme les saisonniers agricoles.

III.- La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole élabore un protocole-cadre de l'expérimentation, approuvé par le ministre chargé de l'agriculture, définissant les modalités de mise en œuvre territoriale et d'évaluation de l'expérimentation. Elle synthétisera de manière anonymisée le suivi des situations des salariés et des actes réalisés par les professionnels de santé en exploitant les bilans de service de santé au travail expérimentateurs et en les comparant avec les autres caisses locales de mutualité sociale agricole, afin de mesurer les résultats et l'impact du dispositif.

IV.- Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement. Ce rapport étudie, en particulier, la pertinence d'un élargissement du recours des infirmiers de santé au travail pour la réalisation de certains actes au terme de l'expérimentation.

Exposé des motifs

Suite au rapport de l'inspection générale des affaires sociales « Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI) » de février 2020, le présent article vise à expérimenter, au sein des caisses de mutualité sociale agricole, une évolution des compétences des infirmiers de santé au travail dans le cadre des protocoles organisationnels et de coopération entre professionnels de santé.

Autoriser les infirmiers de santé au travail à réaliser certains actes relevant de la compétence des médecins du travail doit en effet permettre d'assurer une meilleure couverture des obligations légales et réglementaires à la charge de ces services, tant au niveau du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs agricoles qu'au niveau de la traçabilité des expositions professionnelles en milieu agricole. Cette nouvelle organisation permettrait

également de recentrer l'activité des médecins sur le suivi et l'examen des salariés les plus à risque ou actuellement trop peu suivis comme les saisonniers agricoles.

Par l'augmentation des visites de prévention primaire et un meilleur suivi de la santé des travailleurs, cette expérimentation aura enfin pour objectif de renforcer l'effectivité des mesures de prévention des risques professionnels dans les plus petites entreprises, et de facto de réduire la sous-déclaration des maladies professionnelles (troubles musculo-squelettique, cancers notamment), actuellement prises en charge par la branche maladie.

*CHAPITRE 2 : ALLONGER LE CONGE PATERNITE ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT, ET LE RENDRE
POUR PARTIE OBLIGATOIRE*

Article 35

[Allonger la durée du congé paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre obligatoire]

I. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° À l'article L. 1225-35 :

a) Au premier alinéa, les mots : « et dans un délai déterminé par décret » sont supprimés, après le mot : « conjoint » sont insérés les mots : « ou concubin », les mots « ou vivant maritalement avec elle » sont supprimés et les mots : « onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs » sont remplacés par les mots : « vingt-cinq jours ou trente-deux jours »;

b) Après le deuxième alinéa est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ce congé est composé d'une période de quatre jours consécutifs, faisant immédiatement suite au congé de naissance mentionné au 3° de l'article L. 3142-1, et d'une période de vingt-et-un jours, ou de vingt-huit jours en cas de naissance multiple. Le délai de prévenance de l'employeur quant à la date prévisionnelle de l'accouchement et aux dates et durées de prise du congé, de délai de prise du congé ainsi que les modalités de fractionnement de la période de congé de vingt-et-un et vingt-huit jours sont fixés par décret.

c) Le troisième alinéa est abrogé ;

d) Au quatrième alinéa, les mots : « le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est de droit pendant la période d'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « la première période de congé de quatre jours mentionnée au troisième alinéa est prolongée de droit pendant la période d'hospitalisation » ;

2° Après l'article L. 1225-35, il est inséré un nouvel article L. 1225-35-1 ainsi rédigé :

« *Art L. 1225-35-1* - Il est interdit d'employer le salarié pendant le congé mentionné au 3° de l'article L. 3142-1 et pendant la période de congé de paternité et d'accueil de l'enfant de quatre jours mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 1225-35. Lorsque le salarié est au moment de la naissance de l'enfant en congés payés et congés pour événements familiaux mentionnés par le présent code, l'interdiction d'emploi débute à compter de la date à laquelle le salarié met fin à cette période. L'interdiction d'emploi ne s'applique pas pour le congé mentionné à l'article L. 1225-35 lorsque le salarié ne peut pas bénéficier des indemnités,

allocations ou maintiens de rémunérations versés dans les conditions prévues à l'article L. 331-8 du code de la sécurité sociale.»

3° A l'article L. 1225-40, le chiffre : « onze » est remplacé par le chiffre : « vingt-cinq » et le chiffre : « dix-huit » est remplacé par le chiffre « trente-deux » ;

4° A l'article L. 3142-1 :

a) Au 3°, après les mots : « à son foyer » sont insérés les mots : « pour le père ou, le cas échéant, le conjoint ou concubin de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité » et les mots : « ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption » et la dernière phrase sont supprimés ;

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

« 3°bis Pour l'arrivée d'un enfant en placé en vue de son adoption » » ;

5° À l'article L. 3142-4 :

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

« 3° Trois jours, pris immédiatement à la naissance de l'enfant, pour chaque naissance survenue à son foyer. »

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

« 3°bis Trois jours pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption »

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 161-6, le chiffre : « onze » est remplacé par le chiffre : « vingt-cinq » et le chiffre : « dix-huit » est remplacé par le chiffre : « trente-deux » ;

2° L'article L. 331-8 est ainsi modifié :

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

« Lorsqu'il exerce son droit à congé prévu à l'article L. 1225-35 du code du travail dans les délais fixés par ce même article, il reçoit, pour la durée de ce congé et dans la limite maximale de vingt-cinq jours, l'indemnité journalière visée à l'article L. 331-3 dans les mêmes conditions d'ouverture de droit, de liquidation et de service, sous réserve de cesser toute activité salariée ou assimilée pendant cette période et au minimum pendant la période de quatre jours mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 1225-35 du code du travail. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « dix-huit jours consécutifs » sont remplacés par les mots : « trente-deux jours » ;

3° Au premier alinéa du II de l'article L. 623-1,

a) Les mots : « vivant maritalement avec elle » sont remplacés par les mots : « son concubin » ;

b) Après les mots : « toute activité professionnelle » sont insérés les mots : « pendant toute la durée d'indemnisation et au moins pendant une période minimale consécutive à la naissance ».

c) Le mot : « indemnité » est remplacé par le mot : « indemnités » ;

III.- Le premier alinéa de l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint de la mère, la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou son concubin, lorsqu'ils appartiennent aux catégories mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 bénéficient d'une allocation de remplacement, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux, et de cesser toute activité professionnelle pendant la durée de bénéfice de l'allocation et au moins pendant une durée minimale consécutive à la naissance. »

IV.- Les dispositions du présent article s'appliquent aux naissances et aux accueils de l'enfant intervenant à compter du 1er juillet 2021.

Exposé des motifs

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, le congé paternité et d'accueil de l'enfant permet aux salariés, agriculteurs, travailleurs indépendants, professions libérales, fonctionnaires et demandeurs d'emploi, de disposer d'un droit à congé qui est indemnisé par la branche famille de la sécurité sociale.

Ce droit peut aujourd'hui être pris dans les quatre mois suivant la naissance ou l'adoption d'un enfant. Il est constitué d'une durée de onze jours consécutifs en cas de naissance simple ou de dix-huit jours consécutifs en cas de naissance multiple. Il peut être relié au congé de naissance de trois jours créé à la Libération, par la loi du 18 mai 1946 dans un objectif d'investissement des pères dans leurs fonctions parentales.

Les scientifiques sont aujourd'hui unanimes pour reconnaître le caractère déterminant des 1 000 premiers jours pour le développement de l'individu dans l'ensemble de ses dimensions physiologique, affective, cognitive et psychologique. Ainsi, consacrer davantage de temps à son enfant durant ses 1 000 premiers jours favorise son développement ainsi que l'équilibre entre vie familiale et vie professionnelle, tout comme l'égalité entre les femmes et les hommes, déclarée grande cause du quinquennat par le Président de la République.

Dans le prolongement de ces travaux, le Gouvernement souhaite ainsi engager une réforme profonde de ce congé. Le présent article propose dès lors d'en doubler la durée, grâce à un financement par la sécurité sociale, et de le rendre obligatoire sur une période de 7 jours consécutive à la naissance de l'enfant. Il s'agit notamment de lutter contre les inégalités aujourd'hui observées dans le recours à ce congé, en permettant aux salariés plus précaires d'y avoir accès plus facilement.

CHAPITRE 3 : TIRER LES CONSEQUENCES DE LA CRISE SANITAIRE

Article 36

[Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave]

I. L'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa les mots : « une année » sont remplacés par les mots : « deux ans » :

2° Les alinéas 8 à 10 sont remplacés par neuf alinéas ainsi rédigés :

« 6° La prise en charge par l'assurance maladie des frais de santé qui ne relèvent pas de la protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie ou la maternité au titre des articles L. 160-8 et L. 160-9 du présent code ;

« 7° Les conditions et la période d'attribution du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnées à l'article L. 861-5 et de l'aide médicale de l'Etat mentionnées à l'article L. 2512-13 du code de l'action sociale et des familles ;

« 8° La condition de stabilité et de régularité de résidence pour l'affiliation à l'assurance maladie et maternité prévue à l'article L. 160-1 du présent code ;

« 9° Les prestations en espèces d'assurance maladie, maternité et décès d'un régime obligatoire de sécurité sociale et le maintien du traitement ou de la rémunération des périodes de congé pour raison de santé pour les assurés relevant d'un régime visé à l'article L. 711-1 s'agissant :

« a) des conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces prévues aux articles L.313-1, L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8 et L. 361-1 ou des dispositifs équivalents des autres régimes obligatoires ;

« b) du délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 321-2 ou des dispositifs équivalents ;

« c) de la prise en compte du service de ces prestations dans les périodes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 323-1 ou des dispositifs équivalents ; »

« 10° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du présent code et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime et au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code pour les accidents de travail ;

« 11° Le délai dans lequel le recours préalable mentionné à l'article L.142-4 doit être formé ainsi que les délais relatifs aux conditions d'examen de ces recours, les délais à l'issue desquels une décision, un accord ou un avis peut ou doit intervenir ou est acquis implicitement.

3° Au onzième alinéa, après les mots : « risque en cause » sont insérés les mots : « ou nécessaires à la limitation de la propagation des effets de ce risque » et les mots : « assurés exposés » sont remplacés par les mots : « personnes exposées de manière directe ou non » ;

4° Au douzième alinéa, les mots : « assurés concernés » sont remplacés par mots : « personnes concernées » et il est ajoutée une dernière phrase ainsi rédigée : « Il peut prévoir

l'application rétroactive des dispositions qu'il contient dans la limite d'un mois avant la date de sa publication. » ;

5° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le décret pris sur le fondement du présent article est dispensé des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire. Par dérogation à l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les conseils ou les conseils d'administration des caisses nationales concernées sont informés de tout projet de texte pris en application du présent article. ».

II.- Le code du travail est ainsi modifié :

1° L'article L. 1226-1-1 devient l'article L. 1226-1-2 ;

2° Il est rétabli un article L. 1226-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1226-1-1.*- Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, tel que prévu à l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de conditions adaptées pour le versement de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1, dérogatoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder deux ans.

« Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa peuvent porter, sur :

« 1° la condition d'ancienneté prévue au premier alinéa de l'article L. 1226-1 ;

« 2° les conditions prévues aux 1° et 3° de l'article L. 1226-1 ;

« 3° l'exclusion des catégories de salariés mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 1226-1 ;

« 4° les taux de l'indemnité complémentaire prévues par le décret pris pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 1226-1 ;

« 5° les délais fixés par le décret pris pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 1226-1 ;

« 6° les modalités de calcul de l'indemnité complémentaires prévues par le décret pris pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 1226-1.

« Le décret mentionné au premier alinéa détermine la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et peut leur conférer une portée rétroactive dans la limite d'un mois avant la date de sa publication. ».

Exposé des motifs

En 2019, le Gouvernement a souhaité établir la possibilité pour le pouvoir réglementaire de mettre en place des dispositifs ad hoc de prise en charge renforcée permettant de répondre aux besoins exceptionnels survenant à l'occasion d'un risque sanitaire grave et anormal, dans un objectif de protection de la santé publique.

Néanmoins, cette crise sanitaire inédite au regard de son ampleur et de la nature des mesures prises pour limiter la progression de l'épidémie a mis en lumière les limites du dispositif actuel.

Aussi, afin de le renforcer et le rendre plus opérationnel et plus réactif, il est proposé d'adapter et de compléter ce dispositif. Les modalités de recours à ce dispositif dérogatoire sont assouplies, et sa durée d'application maximale allongée. Le périmètre des dérogations pouvant être accordées est également élargi pour mieux protéger les assurés.

Article 37

[Revalorisation et transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité]

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

1° L'article L. 815-26 est ainsi rédigé :

« Les dépenses entraînées par l'attribution de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-24 sont à la charge de la Caisse nationale de l'assurance maladie, qui retrace ces dépenses au moyen d'une information distincte dans l'annexe à ses comptes.

« Les modalités de remboursement des dépenses servies par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale autre que la branche maladie du régime général sont précisées par décret » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 815-29 est supprimé.

II.- Le 11° de l'article L.731-2 du code rural est de la pêche maritime est abrogé.

III.- Les dispositions des I et II entrent en vigueur pour les allocations dues à compter du 1er janvier 2021.

Exposé des motifs

L'allocation supplémentaire d'invalidité est financée par l'État, ce qui peut être réinterrogé, dans la mesure où cette allocation est intrinsèquement liée à la pension d'invalidité (mêmes conditions administratives et médicales d'ouverture de droit). Ce mode de financement induit par ailleurs des circuits de versement complexes entre l'État et la sécurité sociale.

Ainsi, il est proposé pour simplifier ces circuits de financement et faciliter le pilotage de la prestation de transférer le financement de l'ASI à la sécurité sociale, en contrepartie de l'affectation à cette dernière d'une fraction de TVA correspondante.

En outre, dans un objectif d'équité avec les autres bénéficiaires de minima sociaux, la dynamique de revalorisation de l'ASI engagée l'année dernière sera poursuivie en relevant le plafond de ressources de 750€ par mois à 800€ par mois pour les allocations dues à compter du 1er avril 2021 et perçues en mai.

Article 38

[Report de la commission sur la sous-déclaration des AT/MP]

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, la transmission du rapport mentionné au deuxième alinéa dudit article est reportée au 1er juillet 2021 au plus tard.

Exposé des motifs

Le phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) est lié à de multiples causes, tenant tant aux professionnels de santé qu'aux assurés et aux employeurs. Il est documenté tous les trois ans par une commission sur la sous-déclaration des AT/MP, mise en place en 1997. Cette commission vise à évaluer le montant de la sous-déclaration des AT/MP et à définir le montant du versement annuel de la branche AT/MP à la branche maladie.

La dernière commission ayant remis son rapport en 2017, de nouveaux travaux étaient prévus au cours du premier semestre 2020, en vue d'une remise du rapport au Parlement au 1er juillet. Toutefois, les mesures prises pour la gestion de l'épidémie à laquelle notre pays a dû faire face ont empêché la tenue de ces travaux.

La présente mesure prévoit donc une dérogation, en 2020, à cette règle d'organisation triennale des travaux sur la sous-déclaration des AT/MP et permet leur report à 2021. En l'absence d'actualisation des constats de sous-déclaration pouvant justifier une évolution, le montant du versement annuel à la branche AT/MP sera en conséquence maintenu en 2021 à son niveau actuel de 1 milliard d'euros.

CHAPITRE 4 : ASSOULIR ET SIMPLIFIER

Article 39

[Prises en charge dérogatoires des médicaments (refonte ATU – RTU)]

I. – La cinquième partie de la partie législative du code de la santé publique est ainsi modifiée :

A. – Au 1^o, au 2^o et au 8^o de l'article L. 5121-1, les mots : « mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou encadrements mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

B. – À l'article L. 5121-12 :

1^o Au I :

a) Au premier alinéa :

- Après les mots : « titre » et « rares » sont respectivement insérés les mots : « précoce et » et « ou invalidantes » ;

- Les mots : « traitement approprié » sont remplacés par les mots : « comparateur cliniquement pertinent » ;

- Les mots : « et que l'une des conditions suivantes est remplie » sont remplacés par les mots : « lorsque l'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques auxquels il a été procédé et lorsque ces médicaments sont présumés innovants. » ;

b) Le 1° et le 2° sont supprimés ;

2° Le II et le III sont remplacés par les dispositions suivantes :

« II.- Les demandes d'autorisations d'accès précoce au titre du I concernent :

« 1° Les médicaments qui ne disposent pas d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et pour lesquels une demande d'autorisation de mise sur le marché a été déposée dans cette indication ou que l'entreprise intéressée s'engage à déposer une telle demande dans un délai déterminé, dont la valeur maximale est fixée par décret ;

« 2° Les médicaments qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et sous réserve qu'une demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ait été déposée pour la spécialité dans l'indication considérée ou que l'entreprise intéressée s'engage à déposer une telle demande dans l'indication considérée dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché ;

« III. – L'utilisation des médicaments mentionnés au I et au II est autorisée, pour chaque indication considérée et pour une durée de trois ans, éventuellement renouvelable, sur décision de la Haute Autorité de santé pris sur avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé relatif à la forte présomption d'efficacité et de sécurité apportée par le médicament dans chaque indication considérée, à la demande du titulaire des droits d'exploitation du médicament.

« Pour chaque indication, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé rend son avis relatif à la présomption d'efficacité et de sécurité apportée par le médicament et la Haute autorité de santé publie sa décision mentionnée à l'alinéa précédent, à laquelle est annexée l'avis de l'Agence, dans un délai déterminé par décret. « En l'absence de l'avis de l'Agence dans le délai susmentionné, la demande au titre du I est réputée refusée pour les médicaments relevant du 1° du présent II et approuvée pour les médicaments relevant du 2° dudit II.

« En l'absence de décision de la Haute Autorité de santé dans le délai susmentionné, la demande au titre du I est réputée autorisée dès lors que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a formulé un avis positif concernant la forte présomption d'efficacité et de sécurité apporté par ce médicament dans l'indication considérée. » ;

3° Le IV est supprimé ;

4° Le V devenu le IV est ainsi modifié :

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

« L'autorisation d'accès précoce mentionnée au III est subordonnée :

« 1° Aux engagements du titulaire des droits d'exploitation mentionnés aux 1° et 2° du présent II ;

« 2° À la conclusion, entre l'agence et le titulaire des droits d'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique, et à l'engagement du titulaire de recueillir les données définies par la Haute Autorité de santé concernant l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. » ;

b) Au deuxième alinéa :

- Les mots : « d'informations » sont remplacés par les mots : « de données » ;

- Il est complété par les dispositions suivantes :

« Le titulaire des droits d'exploitation du médicament s'engage à financer ce recueil selon un cahier des charges défini par la Haute Autorité de santé conjointement avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. » ;

c) Les troisième et quatrième alinéas sont supprimés ;

5° Après le V devenu le IV, sont insérées les dispositions suivantes :

« V. – Pour les médicaments autorisés en application du présent article, le titulaire des droits d'exploitation assure, par l'intermédiaire des prescripteurs, le recueil et la transmission des données de suivi des patients traités requises par la Haute Autorité de santé.

« VI. – Le prescripteur informe le patient, son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou la personne de confiance que le patient a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription de la spécialité pharmaceutique ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché, mais d'une autorisation d'accès précoce au titre du III, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament et porte sur l'ordonnance la mention : " Prescription hors autorisation de mise sur le marché au titre d'une autorisation d'accès précoce " ou, le cas échéant, " Prescription au titre d'une autorisation d'accès précoce ".

« Il informe le patient sur les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite dans l'indication. » ;

6° Le VI devenu le VII est ainsi modifié :

a) Les mots : « L'autorisation mentionnée au II » sont remplacés par les mots : « A. – L'autorisation mentionnée au III » ;

b) Après les mots : « ou retirée », sont insérés les mots : « par la Haute Autorité de santé » ;

c) Les mots : « ou pour des motifs de santé publique » sont remplacés par les mots : « et notamment lorsque le titulaire des droits d'exploitation ne respecte pas l'un des engagements mentionnés au IV. » ;

d) Il est complété par les dispositions suivantes :

« B. – L'autorisation mentionnée au III est retirée par l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé pour des motifs de santé publique, en cas de détérioration de la présomption d'efficacité ou de sécurité apporté par ce médicament, en particulier lorsque :

« 1° Le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments émet un avis négatif sur ce médicament ;

« 2° L'autorisation de mise sur le marché est refusée pour ce médicament dans l'indication considérée ;

« 3° le titulaire des droits d'exploitation retire sa demande d'autorisation de mise sur le marché ; » ;

« 4° En cas de non-respect du protocole défini au 2° du IV. » ;

C. – À l'article L. 5121-12-1 :

1° Le I et II sont remplacés par les dispositions suivantes :

« I.- Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation, à titre compassionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises lorsque les conditions suivantes sont remplies :

« 1° Le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans l'indication considérée ;

« 2° Il n'existe pas de spécialité de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation d'accès précoce dans l'indication et il n'existe pas de traitement approprié dans la pathologie concernée ;

« 3° L'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées favorables au regard des données cliniques disponibles ou, le cas échéant, à partir d'un consensus formalisé d'experts. » ;

« II.- 1° En l'absence de toute autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par la Commission européenne et en l'absence de toute autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12, ou si le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation et que l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut autoriser temporairement l'utilisation du médicament sur demande d'un prescripteur pour un patient nommément désigné dans les conditions mentionnées au I, dans le cadre du traitement d'une maladie grave, rare ou invalidante. Ces autorisations d'accès compassionnel sont établies pour une durée maximale d'un an, renouvelable à la demande du médecin prescripteur.

« Dans des conditions fixées par décret, l'Agence peut, à son initiative, autoriser l'utilisation d'un médicament visé au premier alinéa, pour une cohorte de patients dans une indication déterminée, sans demande nominative préalable d'un prescripteur dans les

conditions mentionnées au I. Ces autorisations d'accès compassionnel sont alors établies pour une durée maximale de trois ans, renouvelable.

« Les spécialités ainsi autorisées sont mises sont importées par les pharmacies à usage intérieur ou mises à la disposition des prescripteurs par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou par l'entreprise qui assure l'exploitation de la spécialité concernée.

« 2° Si le médicament fait déjà l'objet d'une autorisation délivrée par l'Agence ou par la Commission européenne dans d'autres indications ou s'il bénéficie d'au moins une autorisation d'accès précoce, l'Agence peut intervenir, à son initiative, pour encadrer et sécuriser pour une durée de trois ans, renouvelable, une pratique de prescription d'une spécialité non conforme à son autorisation de mise sur le marché, dans les conditions mentionnées au I.

« III.- A. Par dérogation au 1° du I, un médicament peut faire l'objet d'une autorisation délivrée au titre du 1° du II, lorsque toutes les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

« 1° Le médicament fait l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à un stade très précoce ;

« 2° La mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ;

« 3° Le patient ne peut pas participer à la recherche impliquant la personne humaine ;

« 4° Le titulaire des droits d'exploitation de la spécialité s'engage à déposer une demande d'accès précoce pour la spécialité dans l'indication considérée dans les conditions prévues à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, au plus tard dans un délai de 3 mois à compter de l'octroi de la première autorisation délivrée par l'Agence.

« B. Par dérogation au 2° du I, un médicament peut faire l'objet de l'encadrement délivré au titre du 2° du II, lorsqu'il existe un traitement approprié disposant d'une autorisation de mise sur le marché. Lorsqu'un tel encadrement a été établi, la spécialité peut faire l'objet d'une prescription dans l'indication ou les conditions d'utilisations correspondantes dès lors que le prescripteur juge qu'elle répond aux besoins du patient. La circonstance qu'il existe par ailleurs une spécialité ayant fait l'objet, dans cette même indication, d'une autorisation de mise sur le marché, dès lors qu'elle ne répondrait pas moins aux besoins du patient, ne fait pas obstacle à une telle prescription.

« C. Par dérogation au 3° du I, un médicament peut faire l'objet d'une autorisation au titre du 1° du II ou d'un encadrement délivré au titre du 2° du II lorsque le médicament est utilisé dans le traitement d'une maladie rare et que la condition de présomption d'efficacité et de sécurité n'est pas démontrée en l'état des données disponibles. L'agence s'appuie alors notamment sur les travaux des professionnels de santé prenant en charge ces pathologies et, le cas échéant, les données issues des registres mis en place, les résultats des essais thérapeutiques et les protocoles nationaux de diagnostics et de soins.

2° Le III devenu le IV est ainsi modifié :

a) Après les mots : « le patient » sont insérés les mots : «, son représentant légal s'il est mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6, » ;

b) Les mots : « n'est pas conforme à son » sont remplacés par les mots : « ne s'effectue pas dans le cadre d'une » ;

c) Les mots : « le cas échéant, de l'existence d'une recommandation temporaire d'utilisation » sont remplacés par les mots : « qu'elle bénéficie d'un accès compassionnel au titre du II ou du III, le cas échéant de l'absence d'alternative thérapeutique, » ;

d) les mots : « « Prescription hors autorisation de mise sur le marché » ou, le cas échéant, » sont supprimés ;

e) Les mots : « Prescription sous recommandation temporaire d'utilisation » sont remplacés par les mots : « Prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une autorisation de mise sur le marché » ;

f) Les mots : « ou les conditions d'utilisation considérées » sont supprimés ;

g) Le dernier alinéa est complété par la phrase suivante : « La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. » ;

3° Le IV devenu le V est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I » sont remplacés par les mots : « autorisations et encadrements délivrés au titre du 2° du II et du A du III » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

c) Au troisième alinéa :

- les mots : « Ces recommandations sont assorties d'un protocole » sont remplacés par les mots : « VI.- Les autorisations et encadrements au titre du II et du III sont assortis d'un protocole d'utilisation thérapeutique et » ;

- après les mots : « d'utilisation de la spécialité » sont insérés les mots : « ainsi que, le cas échéant, les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé ou encadré. Dans le cadre d'une autorisation au titre du A et du C du III, ce recueil est financé » ;

-La deuxième phrase est supprimée ;

d) Il est complété par l'alinéa suivant :

« Pour les médicaments autorisés ou faisant l'objet d'un encadrement en application du présent article, les prescripteurs assurent, le cas échéant, le recueil et la transmission des données de suivi des patients traités requises par l'Agence suivant les modalités qu'elle fixe pour chacun des médicaments concernés. » ;

4° Après le nouveau VI, est inséré un VII, ainsi rédigé :

« VII.- L'autorisation ou l'encadrement mentionnés au II et au III peuvent être suspendus ou retirés si les conditions qui ont permis d'établir cet accès compassionnel prévues au présent article ne sont plus remplies, ou pour des motifs de santé publique. » ;

5° Au V devenu le VIII, les mots : « recommandation temporaire d'utilisation » sont remplacés par les mots : « autorisation ou d'un encadrement au titre du 2° du II et du B et C du III » ;

6° Après le V devenu le VIII, est inséré un IX ainsi rédigé :

« IX.- En l'absence d'autorisation ou d'encadrement dans l'indication considérée, une spécialité pharmaceutique ne peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation d'accès précoce et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient. le présent IV s'applique et la mention portée sur l'ordonnance est alors : « Prescription hors autorisation de mise sur le marché ». » ;

D. – À l'article L. 5121-14-3, les mots : « des recommandations temporaires d'utilisation mentionnées à l'article L. 5121-12-1, » sont supprimés et les mots : « son autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ses autorisations ou encadrements mentionnés aux à l'articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

E. – À l'article L. 5121-18, les mots : « temporaire d'utilisation mentionnée au 1° du I de » sont remplacés par les mots : « d'accès précoce mentionnée à » ;

F. – Au 8° de l'article L. 5121-20 :

1° Les mots : « temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou l'encadrement prévus aux l'articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 »

2° Il est complété par les mots : « ou encadrement » ;

G. – À l'article L. 5123-2, les mots : « mentionnées à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou encadrements dans une indication considérée mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ainsi que ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 dans le cadre d'une rupture de stock, d'un risque de rupture ou d'un arrêt de commercialisation, » ;

H. – À l'article L. 5124-13, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « les autorisations ou encadrements prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

I. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 5126-6, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet de l'une des autorisations et encadrements mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont réputés inscrits sur cette liste. Cette disposition s'applique sans préjudice de l'existence d'un autre circuit de délivrance pour les médicaments faisant l'objet d'une autorisation ou encadrement mentionnés au 2° du II, au B et C de l'article L. 5121-12-1.» ;

J. – Au 7° de l'article L. 5421-8 :

1° Après le mot : « transmettre », sont insérés les mots : « la Haute Autorité de santé, le cas échéant à » ;

2° Il est complété par les mots : « et au VI de l'article L. 5121-12-1 » ;

K. – Aux articles L. 5422-3 et L. 5422-18, les mots : « l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « l'une des autorisations ou encadrements mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

L. – À l'article L. 5432-1, les mots : « l'article L. 5121-12-1 » sont remplacés par les mots : « les articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

M. – À l'article L. 5521-6, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « les autorisations ou encadrements prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ».

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

A. – Au 1° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 », et la référence : « L. 162-16-5-2 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1-1 » ;

B. – À l'article L. 138-10 :

1° Au I, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-2 » ;

2° Au II, les mots : « d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code » sont remplacés par les mots : « de l'une des autorisations prévues à l'article L. 5121-12, au 1° du II et au A du III de l'article L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge associé » et le 4° est supprimé ;

C. – À l'article L. 138-11, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-2 » ;

D. – Après le 15° de l'article L. 161-37, il est ajouté un 16° ainsi rédigé :

« 16° Rendre les décisions relatives aux autorisations d'accès précoce des médicaments mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ; » ;

E. – À l'article L. 162-16-5, les mots : « L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-1-1 » ;

F. – Les articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-16-5-1-1.* I.- Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées.

« En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« II.- A. Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce qu'une décision relative à l'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié.

« B. Pour chaque indication considérée, il est également mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :

« 1° L'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique a été retirée ou suspendue ;

« 2° Une décision relative au refus d'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise ;

« 3° Le laboratoire retire sa demande d'autorisation de mise sur marché ou sa demande d'inscription au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code.

« III.- Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« IV.- Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation d'accès précoce, sont définies par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 162-16-5-1-1.* I.- Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation ou de l'encadrement d'accès compassionnel mentionné à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, par l'assurance maladie.

« En accord, le cas échéant, avec l'autorisation ou l'encadrement mentionnés ci-dessus et le protocole de suivi mentionné au même article L. 5121-12-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par arrêté des conditions de prise en charge et comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer, notamment, pour l'indication considérée, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« II.- 1° Lorsque la spécialité pharmaceutique est inscrite sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7, elle est prise en charge ou remboursée sur la base du taux de participation de l'assuré mentionné à l'article L. 160-13, du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5, ou du tarif de responsabilité et du prix limite de vente aux établissements mentionnés à l'article L. 162-16-6 en vigueur.

« 2° Lorsque la spécialité pharmaceutique n'est inscrite sur aucune des listes susmentionnées, elle est prise en charge ou remboursée sur la base du prix facturé aux établissements de santé. Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité déclare aux ministres de la santé et de la sécurité sociale le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 du présent code pour au moins l'une de ses indications. Cette disposition ne s'applique pas lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3.

« 3° Lorsque la spécialité pharmaceutique n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code, les ministres de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer une base forfaitaire annuelle par patient de prise en charge. Dans ce cas, ces mêmes ministres peuvent également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code. Cette disposition ne s'applique pas lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3.

« III.- Pour les indications faisant l'objet d'une prise en charge au titre du I, lorsque les ministres de la santé et de la sécurité sociale n'ont pas fixé de base forfaitaire annuelle, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, des remises annuelles calculées sur la base du chiffre d'affaires, au titre de l'indication et de la période considérées, conformément à des seuils de chiffres d'affaires hors taxe et des taux de remises associés fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les modalités de fixation de ces seuils de chiffres d'affaires et de taux de remises associés, ainsi que leurs éventuelles modulations, sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« IV. - Un médicament qui a bénéficié d'une autorisation d'accès compassionnel ou de l'encadrement prévu à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et qui a fait l'objet d'une prise en charge en application du I peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation d'accès compassionnel ou l'encadrement cesse de produire ses effets, continuer à être prise en charge pour l'indication ayant fait l'objet de cet accès ou de cet encadrement dès lors que cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour ce médicament.

« Par dérogation au premier alinéa du présent I, la poursuite de la prise en charge d'un traitement, pour un patient donné, initié dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée au titre du 1° du II ou du A du III de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du I, est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de

l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.

« En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« V.- A.- Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I et au II du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne :

« 1° Une autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est délivrée dans l'indication considérée ;

« 2° Une décision relative à l'inscription au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

« 3° Pour une prise en charge au titre du IV, aucune décision n'a été prise, au titre de l'autorisation de mise sur le marché du médicament dans l'indication considérée, sur son inscription sur une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans les sept mois suivant l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché, dans l'indication considérée ou si aucune demande d'inscription sur une de ces listes n'a été déposée dans le mois suivant l'autorisation de mise sur le marché.

« B.- Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :

« 1° L'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique a été retirée ou suspendue ;

« 2° Les données prévues au VI de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ne sont pas transmises ;

« 3° Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code.

« VI. Si l'arrêté mentionné au I comporte une obligation pour le laboratoire ou le fabricant édictée en application du I du présent article et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, cette obligation n'a pas été respectée, les ministres de la santé ou de la sécurité sociale peuvent fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.

« 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 selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« VII.- Les modalités d'application du présent article et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation d'accès compassionnel sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 162-16-5-2.- I.-* Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 du présent code ou L. 5123-2 du code de la santé publique pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations.

« Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente.

« II.- 1° Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées, conformément à une grille définissant des seuils de chiffres d'affaires hors taxe et des taux de remises associés fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

« 2° Les modalités de fixation de ces seuils de chiffres d'affaires et de taux de remises associés, ainsi que leurs éventuelles modulations, sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« III. – A.- Lorsqu'un médicament ayant été pris en charge pour une indication donnée au titre de l'article L. 162-16-5-a est inscrit au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché incluant cette indication et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du médicament au sens de l'article L. 162-18 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II du présent article ou le versement d'une nouvelle remise. Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

« 1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, et prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code, au prix ou tarif net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;

« 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II, au titre de l'indication considérée et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;

« Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2° du même A, le laboratoire verse une nouvelle remise égale à la différence entre ces deux montants.

« Dans le cas contraire, il est restitué au laboratoire la différence entre ces deux montants, dans la limite de la remise versée au titre du II pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre du L. 162-16-5-1.

« B.- 1° Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu.

« 2° Tout laboratoire redevable de remises mentionnées au 1 du présent B peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1er mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement desdites remises a eu lieu. Elle peut prévoir :

« a) Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du 1 ;

« b) Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui aurait été dû en application du 1, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.

« IV.- Pour l'application du III du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.

« Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« Dans ce cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.

« V. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

G. – À l'article L. 162-16-5-3 :

1° Les mots : « l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « l'une des l'autorisations ou encadrements mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-1-1 du présent code » ;

2° Les mots : « au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-1-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « de cet encadrement » ;

3° Les mots : « patients traités mentionnées à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « patients traités mentionnées aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;

H. – À l'article L. 162-16-5-4 :

1° Chacune des occurrences des mots : « des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 » est remplacée par les mots : « de l'article L. 162-16-5-1 » ;

2° Au 1° du I, les mots : « des mêmes articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « du même article L. 162-16-5-1 » ;

3° Au 2° du I, les mots : « d'au moins un an » et « desdits articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 » sont respectivement remplacés par les mots : « fixée par décret » et « dudit article L. 162-16-5-1 » ;

4° La dernière phrase du quatrième alinéa est supprimée ;

5° Au cinquième alinéa :

a) Les mots : « de prise en charge, le cas échéant, fixées par le Comité économique des produits de santé s'appliquent » ; sont remplacés par les mots : « dispensation et de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 sont maintenues »

b) Les mots : « le laboratoire permet l'achat de son produit pour les continuités de traitement à un tarif qui n'excède pas, le cas échéant après l'application de remises, le prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-1 du présent code » sont remplacés par les mots «, si le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période de continuité de traitement, minoré des remises mentionnées au II de l'article L. 162-16-5-2 au titre de cette même période est supérieur à celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre ces deux montants. » ;

I. – À l'article L. 162-17-1-2, les mots : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 » ;

J. – À l'article L. 162-17-2-1 :

1° Les mots : « Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, tout » sont remplacés par le mot : « Tout » ;

2° Les mots : « La spécialité, le produit » sont remplacés par les mots : « Le produit » ;

3° Les mots : «, à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code » sont supprimés ;

4° Chaque occurrence des mots : « le laboratoire ou le fabricant » est remplacée par les mots : « le fabricant » ;

5° Les mots : « une demande d'autorisation de mise sur le marché ou » sont supprimés ;

6° Les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code » ;

7° Les mots : « spécialités pharmaceutiques, produits » sont remplacés par les mots : « produits » ;

8° Les mots : « Les spécialités, produits » sont remplacés par les mots : « Les produits » ;

9° Les mots : « de la spécialité, du produit » sont remplacés par les mots : « du produit » ;

10° Chaque occurrence des mots : « la spécialité pharmaceutique, le produit » est remplacé par les mots : « le produit » ;

11° Les mots : « Lorsque la spécialité a fait l'objet d'une préparation, d'une division ou d'un changement de conditionnement ou d'un changement de présentation en vue de sa délivrance au détail, ce nouveau tarif ou ce nouveau prix tient également compte, au moins pour partie, du coût lié à cette opération et de la posologie indiquée dans la recommandation temporaire d'utilisation. » sont supprimés ;

12° Les mots : « inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « pas inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code » ;

13° La référence : « L. 162-16-4 » est remplacée par la référence : « L. 165-2 » ;

14° Les mots : « du laboratoire ou du fabricant » sont remplacés par les mots : « du fabricant » ;

K. – À l'article L. 162-17-4, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-2 » ;

L. – Au IV de l'article L. 162-18, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « ou d'un encadrement mentionné à l'article L. 5121-12 ou à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée au titre des articles L. 165-16-5-1 ou L. 162-16-5-1-1 » ;

M. – À l'article L. 162-22-7-3, les mots : « l'un des dispositifs de » sont remplacés par le mot : « la » et les références : « L. 162-16-5-1-1 » et « L. 162-16-5-2 » sont respectivement remplacés par les références : « L. 162-16-5-1 » et « L. 162-16-5-1-1 » ;

N. – Le 6° de l'article L. 182-2 est supprimé ;

O. – À l'article L. 315-2, les mots : « d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 » sont remplacés par les mots : « de l'une des autorisations ou encadrements prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée au titre des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-1-1 » ;

III. – A. – Le I et le II à l'exception du L du II entrent en vigueur le 1er mars 2021.

B. – Les articles du code de la santé publique relatifs aux accès précoces prévus à l'article L. 5121-12 dans sa rédaction issue de la présente loi et aux autorisations d'accès compassionnel prévues au 1° du II de l'article L. 5121-12-1 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi sont applicables aux spécialités bénéficiant, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, d'autorisations temporaires d'utilisation délivrée au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi. Les spécialités concernées sont présumées avoir déjà obtenues l'une des autorisations mentionnées aux articles L. 5121-12 du code de la santé publique et au 1° du II de l'article L.5121-12-1 dans leur rédaction issue de la présente loi.

C. – Les articles du code de la sécurité sociale relatifs à la prise en charge des accès précoces prévus à l'article L. 5121-12 dans sa rédaction issue de la présente loi et des autorisations d'accès compassionnel prévues au du 1° du II de l'article L. 5121-12-1 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi sont applicables aux spécialités bénéficiant, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, d'autorisations temporaires d'utilisation délivrée au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

D. – Les articles du code de la santé publique relatifs aux encadrements d'accès compassionnels prévus au 2° du II de l'article L. 5121-12-1 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi sont applicables aux spécialités bénéficiant, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, de recommandations temporaires d'utilisation délivrée au titre de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi. Les spécialités concernées sont présumées avoir déjà obtenues l'encadrement mentionné au 2° du II de l'article L.5121-12-1 dans leur rédaction issue de la présente loi.

E. – Les articles du code de la sécurité sociale relatifs à la prise en charge des encadrements d'accès compassionnels prévus au 2° du II de l'article L. 5121-12-1 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi ne sont pas applicables aux spécialités bénéficiant, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, de recommandations temporaires d'utilisation délivrée au titre de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi et prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi, ni à leurs éventuels renouvellements.

F. – Pour l'application des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de la présente loi, en attendant la mise en place dans les officines de ville du codage des spécialités par indication thérapeutique et au plus tard le 1er janvier 2023, les remises dues par les laboratoires au titre d'une spécialité bénéficiant de la prise en charge mentionnée à l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale dans

sa rédaction issue de la présente loi sont calculées sur la base d'une fraction du chiffre d'affaires annuel réalisé pour cette spécialité déterminée par décret des ministres chargés de la sécurité sociale dans la limite de 10 %.

Exposé des motifs

L'assurance maladie peut prendre en charge, sous certaines conditions et de façon temporaire et dérogatoire des médicaments qui ne disposent pas d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France pour l'indication considérée, dans le cadre de plusieurs dispositifs. Ces dispositifs répondent à trois objectifs :

- Permettre aux patients souffrant de maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, de disposer de nouveaux médicaments présumés efficaces et sûrs en amont de l'octroi d'une AMM ou de médicaments autorisés dans une nouvelle indication, avant leur inscription au remboursement dans cette indication après avis de la HAS. Ces situations sont actuellement couvertes par les dispositifs suivants : autorisations temporaires d'utilisation nominative (ATUn), autorisations temporaires d'utilisation de cohorte (ATUc), ATU pour des extensions d'indication, prise en charge anticipée post-AMM ;

- Permettre dans certains cas aux patients d'accéder à des médicaments destinés au traitement de maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié et qui disposent d'AMM dans d'autres pays mais que les laboratoires ne souhaitent pas commercialiser en France (certaines ATU nominatives) ;

- Encadrer et sécuriser une pratique de prescription hors-AMM dans différentes situations (absence d'alternative thérapeutique, besoin non couvert pour certains patients). Il s'agit notamment du dispositif des recommandations temporaires d'utilisation (RTU).

Cependant, les modifications successives apportées à ces dispositifs ont eu pour effet de complexifier les mécanismes d'accès et de prise en charge, les rendant peu lisibles pour l'ensemble des acteurs (agences publiques, industriels, prescripteurs, assurés...).

Le présent article procède à une refonte totale de l'actuel système d'accès et de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'ATU ou de RTU tout en garantissant la pérennisation des systèmes d'accès précoce et compassionnel et l'encadrement du hors-AMM. Cette réforme permettra de simplifier les demandes, d'harmoniser les procédures, de garantir un accès immédiat des patients aux traitements et une prise en charge rapide pour ces médicaments tout en assurant la soutenabilité financière du dispositif pour l'assurance maladie. À cette fin, la mesure propose la mise en place de deux nouveaux systèmes d'accès et de prise en charge par l'assurance maladie :

- Un « accès précoce » qui vise les médicaments susceptibles d'être innovants pour lesquels le laboratoire s'engage à déposer une AMM rapidement ;

- Un « accès compassionnel » qui vise les médicaments non nécessairement innovants, qui ne sont initialement pas destinés à obtenir une AMM mais qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique.

Article 40

[Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile]

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

1° Après le 3° de l'article L. 161-37, il est inséré un 3° *bis* ainsi rédigé :

« 3° *bis* Établir et mettre en œuvre les procédures de certification des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique, notamment en établissant un référentiel de qualité définissant un ensemble de règles de bonne pratique régissant l'activité de la profession ; » ;

2° L'article L. 165-1 est ainsi modifié :

- Après le premier alinéa, il est inséré un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge des produits et des prestations de services et d'adaptation associées au titre de la liste, délivrés par des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique, est subordonnée à leur conventionnement avec les organismes d'assurance maladie en application du II de l'article L. 165-6. » ;

- Au quatrième alinéa, devenu le cinquième, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

- Au sixième alinéa, devenu le septième, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « sixième » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 165-1-7, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « sixième » ;

4° L'article L. 165-6 est ainsi modifié :

- Au début du premier alinéa, il est inséré un « I » ;

- L'article est complété par un « II » ainsi rédigé :

« II.- S'agissant des prestataires de service et des distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut conclure, à l'échelon national avec un ou plusieurs syndicats ou organisations regroupant ces professionnels, un accord, relatif aux produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1, portant sur les éléments définis au premier alinéa du I ainsi que sur les modalités de délivrance et de prise en charge de ces produits et prestations. Cet accord prévoit des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnés à l'article L. 861-1 au sens du deuxième alinéa du I. Les troisième et quatrième alinéas dudit I s'appliquent.

« La participation desdits professionnels à la négociation et à la conclusion de cet accord national, ainsi que l'adhésion à l'accord, sont subordonnées à la détention de la certification prévue au 3° bis de l'article L. 161-37, dans des conditions fixées par décret.

« Le remboursement par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 délivrés par les professionnels mentionnés au premier alinéa du présent II est subordonné à leur adhésion à l'accord national et à leur conventionnement avec les organismes d'assurance maladie.

« Cet accord peut être rendu applicable à l'ensemble des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique, détenteurs de la certification prévue au 3° bis de l'article L. 161-37, selon les modalités prévues au dernier alinéa du I du présent article. ».

II.- Le référentiel de qualité mentionné au 3° bis de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est rendu public par la Haute Autorité de santé au plus tard le 31 décembre 2021.

III.- En vue du remboursement par l'assurance maladie, au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1 du même code, des produits et prestations qu'ils délivrent, les prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique doivent, au plus tard :

- le 31 juillet 2022, détenir la certification de qualité prévue au 3° bis de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale ;

- le 31 décembre 2022, justifier de l'adhésion à l'accord national et du conventionnement prévus en application du II de l'article L. 165-6 du même code.

IV.- Le 2° et le 3° du I entrent en vigueur le 1er janvier 2023.

Exposé des motifs

La place grandissante des prestataires de service et distributeurs de matériel (PSDM) dans la prise en charge des patients à domicile depuis une dizaine d'années nécessite un encadrement de cette activité, tant pour garantir la qualité de la prestation fournie au patient, que pour assurer la soutenabilité de la dépense sur ce secteur fortement dynamique.

À ce titre, le rapport IGAS de 2020 relatif aux missions des PSDM met en exergue plusieurs constats qui nécessitent des évolutions législatives pour renforcer les garanties de qualité, de bonnes pratiques et de bon usage des ressources publiques. Si la charte de la visite médicale qui sera mise en place d'ici la fin de l'année 2020 doit dans un premier temps permettre d'encadrer les pratiques commerciales et de promotion, la mise en place d'une certification semble nécessaire pour structurer la profession et pour garantir la qualité et la pertinence des interventions des prestataires au domicile des patients. Le rapport met fortement en avant l'hétérogénéité des prestations réalisées qui a un impact sur la prise en charge du patient.

Cette mesure permet donc tout d'abord de faire évoluer et de renforcer un mécanisme de conventionnement déjà existant entre les prestataires et l'assurance maladie. La certification qualité des PSDM deviendra une condition d'accès préalable à l'enregistrement et au conventionnement. Au-delà de l'accès au tiers-payant, l'accès à la prise en charge des patients sera conditionné à l'obtention de cette certification qualité.

Article 41

[Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire]

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

1° À l'article L. 861-7, les deux occurrences des mots : « directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 » sont remplacées par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

2° L'article L. 862-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L.862-1.-* Il est créé, au sein de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, un fonds de financement de la complémentaire santé solidaire dont les dépenses sont définies à l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale.

« Les recettes de ce fonds sont constituées d'une fraction du produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4.

« Les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu au 1° de l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention. »

3° À l'article L. 862-2, le *b* est supprimé ;

4° L'article L. 862-3 est abrogé ;

5° Les deuxième et troisième phrases de l'article L. 862-5 sont remplacées par la phrase suivante : « La Caisse nationale d'assurance maladie transmet trimestriellement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et au ministre chargé de la sécurité sociale les données nécessaires au contrôle des montants des dépenses mentionnées au *a* de l'article L. 862-2 ».

6° L'article L. 862-7 est ainsi modifié :

a) Le *a* est supprimé ;

b) Au *c* et *d*, les deux occurrences du mot : « fonds » sont remplacées par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

c) Au *e*, les mots : « et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent » sont remplacés par le mot « transmet » ;

d) Au dernier alinéa, les mots : « fonds mentionné à l'article L. 862-1 », sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;

e) Les *b*, *c*, *d* et *e* deviennent respectivement les *a*, *b*, *c* et *d* ;

f) Au dernier alinéa, les mots : « 15 novembre » sont remplacés par les mots : « 31 décembre » ;

7° L'article L. 862-8 est abrogé.

II.- Les dispositions du présent article entre en vigueur au 1er janvier 2021.

III.- Sont transférés de plein droit à partir du 1er janvier 2021 :

1° À la Caisse nationale de l'assurance-maladie, les biens, disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations du Fonds directement

afférentes au financement de la protection complémentaire en matière de santé ainsi que les engagements qui en découlent ;

2° À l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, les biens représentatifs des droits et obligations du Fonds directement afférents à la mise en œuvre du contrôle relatif à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 ou des vérifications relatives au calcul des demandes de remboursements mentionnés au a de l'article L. 862-2 ainsi que les engagements qui en découlent ;

3° Au ministre chargé de la sécurité sociale l'ensemble des autres biens, droits et obligations, notamment ceux nécessaires à l'établissement de la liste mentionnée à l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale et à l'exclusion des contrats de travail, afférents à la gestion administrative du Fonds.

Ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit.

Les modalités d'application du présent article et les conditions d'établissement des comptes du Fonds de la Complémentaire santé solidaire relatifs à l'exercice 2020 et de leur transfert au 1er janvier 2021 sont fixées par décret en Conseil d'État.

Les organismes mentionnés au 1°, 2° et 3° du présent III deviennent, chacun en ce qui les concerne, responsable du traitement des données transférées au titre de l'évolution de leurs périmètres de responsabilités respectifs tels que définis aux mêmes 1°, 2° et 3°.

Exposé des motifs

La présente mesure consiste à simplifier le pilotage de la complémentaire santé solidaire suite à la décision du Comité interministériel de la transformation publique (CITP) de novembre 2019. Il s'agit de s'inscrire dans une démarche de simplification de l'action administrative, visant à limiter le nombre d'organismes de petite taille afin de répondre aux besoins de lisibilité, de simplicité et de cohérence de l'organisation administrative.

Les missions de l'actuel Fonds de la complémentaire santé solidaire, essentielles pour assurer l'accès aux soins de tous, seront reprises par la CNAM, l'ACOSS et le ministère chargé de la sécurité sociale au titre de leurs compétences respectives. L'accès aux soins des assurés les plus précaires est une priorité du Gouvernement, qui s'est notamment traduite par la création au 1er novembre 2019 de la complémentaire santé solidaire. À ce titre, l'ensemble des acteurs aujourd'hui associés au pilotage et au suivi de cette politique publique continueront à l'être.

Article 42

[Modernisation du financement des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux]

I.- L'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 221-1-2.* - Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de soutien aux actions conventionnelles et à la représentation des professionnels de santé libéraux.

« Ce fonds est organisé en deux sections :

« I.- Une section finance les actions conventionnelles. Les ressources de cette section sont celles qui sont spécifiquement affectées par les parties conventionnelles. Pour les médecins libéraux, la section 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, la section peut financer le développement professionnel continu et participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation.

« À l'exception des décisions relatives au développement professionnel continu, les décisions de financement sont prises, pour chacune des professions concernées, par les parties aux conventions ou à l'accord mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1, dans des conditions déterminées par ces conventions ou cet accord. Les décisions de financement relatives au développement professionnel continu sont prises par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« II.- Une deuxième section finance la participation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés à la vie conventionnelle, aux concertations organisées par les pouvoirs publics et à la représentation des professionnels de santé.

« Cette section est alimentée d'une part par une fraction de la contribution prévue au I de l'article L.4031-4 du code de la santé publique et d'autre part par les ressources affectées à l'indemnisation des membres des organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale au titre de leur participation aux instances conventionnelles.

« Les montants sont répartis, pour chacune des professions concernées, entre les organisations syndicales représentatives de la profession et selon des modalités fixées par décret.

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

II.- L'article L. 4031-4 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 4031-4.* - I. En vue de soutenir la participation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux à la vie institutionnelle, une contribution, assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession, est versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accords mentionnés à l'article L. 4031-3. Cette contribution est perçue par les unions régionales de professionnels de santé après déduction d'une dotation au fonds mentionné à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale.

« II.- Les modalités de répartition ainsi que le taux annuel de la contribution sont fixés par décret pour chacune des professions exerçant à titre libéral sous le régime des conventions

mentionnées au premier alinéa et, après consultation, chacune pour ce qui la concerne, des organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale. Le taux annuel de la contribution est fixé dans la limite du montant correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale. Cette contribution est recouvrée et contrôlée 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 personnelles d'allocations familiales.

« Les unions régionales des professionnels de santé peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers.

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. ».

Exposé des motifs

Afin de soutenir la participation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux à la vie institutionnelle, il est proposé d'instituer un financement spécifique à la vie syndicale. Ce financement sera octroyé par l'actuel fonds des actions conventionnelles (FAC), géré par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), au sein duquel une section spécifique sera instituée. Cette section sera alimentée par une part du montant de l'actuelle contribution aux unions régionales (CURPS) et par une dotation de l'assurance maladie correspondant au montant des indemnités versées actuellement aux syndicats représentatifs pour leur participation aux instances prévues par les conventions liant leur profession à l'assurance maladie.

Article 43

[Isolement et contention]

I.- L'article L.3222-5-1 du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« *Art.L.3222-5-1.- I-* L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.

« II.- La mesure d'isolement est prise pour une durée initiale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, cette mesure peut être renouvelée pour la même durée selon les mêmes modalités. La mesure d'isolement ne peut excéder une durée totale de 48 heures.

« À titre exceptionnel, le médecin peut renouveler selon les mêmes modalités, la mesure d'isolement. Le médecin informe sans délai les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 de ce renouvellement. Ces personnes peuvent saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application des dispositions de l'article précité

« La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement, pour une durée initiale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée pour la même durée. La mesure de contention ne peut excéder une durée totale de 24 heures.

« À titre exceptionnel, le médecin peut renouveler selon les mêmes modalités la mesure de contention. Le médecin informe sans délai les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 de ce renouvellement. Ces personnes peuvent saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application des dispositions de l'article précité.

« Les mesures d'isolement et de contention peuvent toujours faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application des dispositions du III de l'article L. 3211-12 et du IV de l'article L. 3211-12-1 du présent code.

« III.- Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, l'identifiant du patient concerné et sa date de naissance, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

« L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. »

II. - L'article L.3211-12 du même code est ainsi modifié :

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

« Il peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention en application des troisième et cinquième alinéas de l'article L. 3222-5-1. » ;

2° Le 6° du I est complété par les mots : « dès lors qu'ils sont identifiés » ;

3° Au III, après les mots : « d'hospitalisation complète, », sont insérés les mots : « d'isolement ou de contention ».

III.- L'article L. 3211-12-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le IV est remplacé par un IV ainsi rédigé :

« IV.- Lorsque le juge des libertés et de la détention n'ordonne pas la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il statue, le cas échéant, sur le maintien de la mesure d'isolement ou de la mesure de contention. »

2° Le IV devient le V.

IV.- L'article L. 3211-12-2 est complété par un III.- ainsi rédigé :

« III.- Par dérogation aux dispositions du I du présent article, le juge des libertés et de la détention saisi d'une demande de mainlevée de la mesure de contention ou d'isolement prise en application de l'article L. 3222-5-1 statue sans audience selon une procédure écrite.

« Le patient ou, le cas échéant, le demandeur, peut demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention auquel cas cette audition est de droit. Néanmoins, si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.

« L'audition du patient ou, le cas échéant, du demandeur, peut être réalisée par tout moyen de communication électronique y compris téléphonique permettant de s'assurer de son identité et garantissant la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges lorsque les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Un avis médical a attesté que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé ;

« 2° Le directeur de l'établissement d'accueil s'est assuré de l'absence d'opposition du patient.

« Dans ce cas, le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

« S'il l'estime nécessaire, le juge des libertés et de la détention peut décider de tenir une audience. Dans cette hypothèse, il est fait application des dispositions du I et du II du présent article. Le dernier alinéa du I n'est pas applicable à la procédure d'appel. »

V.- Après le premier alinéa de l'article L. 3211-12-4 du même code, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le premier président ou son délégué est saisi d'un appel formé à l'encontre d'une ordonnance du juge des libertés et de la détention statuant sur une demande de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application de l'article L. 3222-5-1, il est fait application des dispositions prévues au III de l'article L. 3211-12-2. Le premier président ou son délégué statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. »

Exposé des motifs

Par décision en date du 19 juin 2020, le Conseil constitutionnel a déclaré l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique contraire à la Constitution

La mesure proposée vise à rétablir l'article abrogé en fixant des durées maximum pour l'isolement et la contention qui soient conformes aux recommandations de la Haute Autorité de la santé et en instaurant et précisant les modalités du contrôle du juge des libertés et de la détention sur ces mesures.

Article 44

[Dotation AM au FMESPP (FMIS), à l'ONIAM, de la CNSA aux ARS]

I.- Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 1 032 millions d'euros pour l'année 2021.

II.- Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L.200-2 du code de la sécurité sociale au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 100 millions d'euros pour l'année 2021.

III.- Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale 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 141,44 millions d'euros pour l'année 2021.

IV.- Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 130 millions d'euros pour l'année 2021.

Exposé des motifs

Le Ségur de la santé a prévu un plan massif d'investissements de 6 milliards d'euros pour les établissements de santé, le déploiement du numérique en santé et le secteur médico-social. Afin de permettre la déclinaison opérationnelle de ce plan, le PLFSS 2021 prévoit la création d'un fonds transversal d'investissement dédié à l'accompagnement de la transformation du système de santé. Reprenant et élargissant les missions du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), ce fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) sera chargé de conduire et d'accompagner certaines opérations d'ampleur, autour de deux grandes priorités :

- les projets hospitaliers prioritaires et les investissements ville – hôpital ;
- le rattrapage du retard sur le numérique en santé.

Afin de poursuivre ces objectifs, le présent article fixe le montant de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation de l'investissement en santé (FMIS) pour l'année 2021 à hauteur de 1 032 millions d'euros. Cette dotation permet de poursuivre l'accompagnement des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé et d'amorcer l'accompagnement de nouveaux projets prioritaires d'investissement pour un montant de 500 millions d'euros supplémentaires et ce dès 2021.

Il fixe également à 100 millions d'euros le montant de la contribution 2021 de la branche autonomie au FMIS afin de financer le volet numérique pour le secteur médico-social qui s'élève au total à 600 millions d'euros en pluriannuel. Il s'agit de coordonner les investissements du numérique pour tous les secteurs au travers du FMIS et sous pilotage stratégique de la délégation du numérique en santé.

Il fixe par ailleurs à 141,44 millions d'euros le montant de la contribution de la CNSA au Fonds d'intervention régional à destination des ARS au titre de l'exercice 2021 afin de permettre le financement des groupements d'entraide mutuelle (GEM) pour 45 millions d'euros et des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA) pour 96 millions d'euros.

Enfin, en application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV). Le montant de cette dotation, fixé à 130 millions d'euros, a été calculé pour l'année 2021 en fonction de la prévision de dépenses pour 2020, marquée par un ralentissement des dépenses d'indemnisation du fait de la crise sanitaire, et du niveau de fonds de roulement attendu de l'établissement compte tenu de ce niveau de charges prévisionnelles.

Article 45

[Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès]

Pour l'année 2021, 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 218,4 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 216,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

La progression des dépenses d'assurance-maladie pour l'année 2021 est fixée à un niveau historique de manière à couvrir les besoins de financement découlant des mesures décidées dans le cadre du Ségur de la santé et de la gestion de crise. L'effort sans précédent engagé en 2020 (majoration de l'objectif des dépenses d'assurance maladie de 10,1 milliards d'euros) se poursuit en 2021 avec un volet conjoncturel pour la gestion de la crise sanitaire (4,3 milliards d'euros) et un volet structurel s'agissant du financement des investissements et des revalorisations salariales (7,4 milliards d'euros).

Article 46

[ONDAM et sous-ONDAM]

Pour l'année 2021, 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)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	98,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	92,3

Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	13,4
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,4
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,8
Autres prises en charge	3,8
Total	224,6

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie est fixée à 224,6 milliards d'euros, soit 8,9 milliards d'euros de plus que l'ONDAM 2020 rectifié. Hors dépenses exceptionnelles attachées à la Covid, cela correspond à une progression structurelle inédite de 6% hors, en cohérence avec les mesures de revalorisation et d'investissement décidées lors du Ségur de la Santé. Celui-ci conduit en effet à majorer l'ONDAM de 7,4 milliards d'euros en 2021. Par ailleurs, l'ONDAM 2021 intègre également une provision au titre de la poursuite de la gestion de crise (tests, masques, vaccins) pour un montant de 4,3 milliards d'euros.

Article 47

[Dotation au FIVA, au FCAATA, transfert compensation sous-déclaration ATMP et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité]

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 220 millions d'euros au titre de l'année 2021.

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 468 millions d'euros au titre de l'année 2021.

III.- Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d'euros au titre de l'année 2021.

IV.- Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 176 millions d'euros et 10,6 millions d'euros pour l'année 2021.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de fixer les montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) du régime général au Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche maladie du régime général au titre de

la sous-déclaration des AT/MP, ainsi que le montant correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.

Article 48 **[Objectif de dépenses de la branche ATMP]**

Pour l'année 2021, 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 14,1 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,7 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des régimes obligatoires de base sont fixés à 14,1 milliards d'euros, en augmentation par rapport à 2020.

Article 49 **[Objectif de dépenses de la branche vieillesse]**

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

- 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 251,9 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 144,7 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses d'assurance-vieillesse des régimes obligatoires de base de sécurité sociale progresseraient à hauteur de 2 % entre 2020 et 2021.

Article 50 **[Objectif de dépenses de la branche famille]**

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,3 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche famille devraient s'établir à 49,3 milliards d'euros. Elles tiennent compte de l'engagement du Gouvernement de renforcer le congé paternité et d'accueil du jeune enfant dans le prolongement des travaux conduits par la commission des

1000 premiers jours. La prévision tire aussi les conséquences du transfert à la branche autonomie du financement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, en cohérence avec la nécessité de simplifier le parcours des familles entre les différents systèmes de compensation du handicap.

Article 51 **[Objectif de dépenses de la branche autonomie]**

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 31,2 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'article 5 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a acté la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale prévoit que la loi de financement de la sécurité sociale doit fixer, dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses de l'année à venir, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général.

Le présent article fixe ainsi les objectifs de dépenses de la branche autonomie pour 2021 à 31,2 milliards d'euros. Les dépenses de la nouvelle branche sont constituées de celles de la CNSA ainsi que de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé précédemment prise en charge par la branche famille. Les dépenses en faveur des établissements et services médico-sociaux intègrent l'effet des mesures de revalorisation salariale (1,4 milliard d'euros en 2021) et de majoration des investissements (400 millions d'euros en 2021) décidées dans le cadre du Ségur de la santé.

Article 52 **[Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)]**

Pour l'année 2021, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,2

Exposé des motifs

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient diminuer de 500 millions par rapport à 2020. Cette baisse s'explique principalement par une baisse du coût des prises en charge des périodes de chômage en 2021 par rapport à leur niveau atteint en 2020 du fait de la crise sanitaire.

ANNEXES

ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2019, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2019

I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2019 :

(en milliards d'euros)

ACTIF	2019 (net)	2018 (net)	PASSIF	2019	2018
Immobilisations	7,4	7,3	Capitaux propres	-61,4	-77,0
Immobilisations non financières	5,2	5,0	Dotations	20,7	22,3
			<i>Régime général</i>	0,2	0,2
Prêts, dépôts de garantie	1,4	1,4	<i>Autres régimes</i>	7,0	6,4
			<i>Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)</i>	0,2	0,2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9	<i>Fonds de réserve pour les retraites (FRR)</i>	13,4	15,5
			Réserves	22,2	21,6
			<i>Régime général</i>	3,8	3,8
			<i>Autres régimes</i>	7,3	7,7
			<i>FRR</i>	11,1	10,1
			Report à nouveau	-122,6	-136,9
			<i>Régime général</i>	-4,6	-5,0
			<i>Autres régimes</i>	-4,1	-4,3
			<i>FSV</i>	-8,4	-6,6
			<i>CADES</i>	-105,5	-121,0
			Résultat de l'exercice	15,4	14,9
			<i>Régime général</i>	-0,3	0,5
			<i>Autres régimes</i>	+0,1	-0,2
			<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	-1,6	-1,8
			<i>CADES</i>	16,3	15,4
			<i>FRR</i>	0,8	0,9
			Ecart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	2,9	1,1

			Provisions pour risques et charges	17,2	17,5
Actif financier	57,9	55,8	Passif financier	132,5	142,6
Valeurs mobilières et titres de placement	45,1	43,4	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	118,6	131,1
<i>Régime général</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)</i>	<i>26,5</i>	<i>23,1</i>
<i>Autres régimes</i>	<i>12,9</i>	<i>11,5</i>	<i>CADES</i>	<i>92,0</i>	<i>108,0</i>
<i>CADES</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	6,4	6,1
<i>FRR</i>	<i>32,3</i>	<i>31,8</i>	<i>Régime général (ordres de paiement en attente)</i>	<i>5,1</i>	<i>4,8</i>
Encours bancaire	12,1	12,0	<i>Autres régimes</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>
<i>Régime général</i>	<i>1,5</i>	<i>2,2</i>	<i>CADES</i>	<i>1,0</i>	<i>1,0</i>
<i>Autres régimes</i>	<i>6,4</i>	<i>6,8</i>			
<i>FSV</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	Dépôts reçus	0,4	0,4
<i>CADES</i>	<i>3,1</i>	<i>2,3</i>	<i>ACOSS</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>
<i>FRR</i>	<i>1,1</i>	<i>0,7</i>			
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,6	0,5	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,0
<i>CADES</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>	<i>ACOSS</i>	<i>0,2</i>	<i>0,0</i>
<i>FRR</i>	<i>0,3</i>	<i>0,1</i>	Autres	6,8	5,0
			<i>Autres régimes</i>	<i>5,7</i>	<i>4,8</i>
			<i>CADES</i>	<i>1,1</i>	<i>0,3</i>
Actif circulant	83,4	77,3	Passif circulant	60,4	57,4
Créances de prestations	9,2	9,1	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	30,5	29,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8,5	8,5	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,1	2,4
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	47,8	43,2			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,9	10,7	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques et	11,4	11,0

			organismes de sécurité sociale		
Produits à recevoir de l'État	0,6	0,7			
Autres actifs	6,3	5,2	Autres passifs	16,5	14,2
Total de l'actif	148,7	140,5	Total du passif	148,7	140,5

Sur le champ des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette publique (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 61,4 milliards d'euros au 31 décembre 2019. L'encours de dette sur les produits techniques à fin 2019 était de l'ordre de 12%, soit environ 1,5 mois de recettes.

Après une dégradation très marquée à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net a connu une diminution continue entre 2014 et 2019. Cette inversion de tendance s'est amplifiée entre 2016 et 2019 (baisse de 7,9 milliards d'euros entre 2015 et 2016, de 12,8 milliards d'euros entre 2016 et 2017, de 11,6 milliards d'euros entre 2017 et 2018, puis de 15,6 milliards d'euros en 2019 par rapport à 2018). Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (15,4 milliards d'euros en 2019, contre 14,9 milliards d'euros en 2018). Elle reflète la poursuite de l'amortissement de la dette portée par la CADES (16,3 milliards d'euros en 2019) dans un contexte où la dégradation des déficits des régimes de base et du FSV est restée contenue en 2019 (déficit de 1,7 milliard d'euros contre 1,4 milliard d'euros en 2018), après le recul constant de ce déficit observé jusqu'en 2018.

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l'infléchissement observé depuis 2015, l'endettement financier a continué de reculer fortement en 2019 (74,6 milliards d'euro contre 86,8 milliards d'euro fin 2018), en cohérence avec l'évolution du passif net qui n'a été que partiellement compensée par une augmentation du besoin en fonds de roulement.

Evolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs)	- 66,3	- 87,1	- 100,6	- 107,2	- 110,9	-110,7	-109,5	-101,4	-88,5	-77,0	-61,4
Endettement financier net au 31/12	- 76,3	- 96,0	- 111,2	- 116,2	- 118,0	-121,3	-120,8	-118,0	-102,9	-86,8	-74,6

Résultat comptable consolidé de l'exercice (régimes de base, FSV, CADES et FRR)	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4	+4,7	+8,1	+12,6	+14,9	+15,4
---	-------	-------	-------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------

II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2019

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits des années 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total.

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte de conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et d'une reprise anticipée dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par le décret n°2016-110 du 4 février 2016 et un arrêté du 14 septembre 2016.

Un montant total de 23,6 milliards d'euros a été repris en 2016, correspondant au transfert de la totalité des déficits de la branche famille et de la branche maladie au titre de 2013 et 2014 et de ceux de la branche vieillesse et du FSV au titre de 2015, ainsi que d'une partie du déficit de la branche maladie au titre de 2015.

Ce plafond de reprise par la CADES ayant été saturé après les transferts intervenus en 2016, c'est l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits des derniers exercices. Après un accroissement de 6,4 milliards d'euros entre 2016 et 2017, puis inversement un recul de 4,4 milliards d'euros entre 2017 et 2018 suite à l'évolution favorable des comptes sociaux, l'endettement financier brut de l'ACOSS a augmenté à nouveau de 3,5 milliards d'euros pour s'établir à 26,9 milliards d'euros au 31 décembre 2019, sous l'effet du financement des déficits du régime général et du FSV (déficit global de 1,9 milliard d'euros en 2019).

Le déficit du régime général s'est élevé à 0,4 milliard d'euros en 2019. Il est constitué des résultats comptables des branches maladie et vieillesse, qui ont respectivement enregistré des déficits de 1,5 milliard d'euros et de 1,4 milliard d'euros. Les branches famille et accidents du travail et maladies professionnelles ont quant à elles dégagé des excédents respectivement de 1,5 et 1,0 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 1,6 milliard d'euros.

Concernant les régimes de base autres que le régime général et qui présentent une situation déficitaire en 2019, le résultat de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), ressort en déficit depuis deux exercices, à - 0,7 milliard d'euros en 2019 après - 0,6 milliard d'euros en 2018.

La branche retraite du régime des exploitants agricoles, qui était déficitaire en 2017, a présenté un bénéfice de 0,01 milliard d'euros en 2018 puis de 0,1 milliard d'euros en 2019. Ses déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la

CADES en 2011) atteignent cependant 3,6 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie octroyées par l'ACOSS, en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusque-là la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2019, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS.

Dans ce contexte, l'article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit un transfert à la CADES d'un montant global de 136 milliards d'euros, organisé en plusieurs étapes. Cette reprise de dette a vocation à financer, dans la limite de 31 milliards d'euros, les déficits cumulés non repris constatés au 31 décembre 2019 de la branche maladie du régime général (16,3 milliards d'euros) et du FSV (9,9 milliards d'euros), de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles (3,6 milliards d'euros) et de la CNRACL (déficits 2018 et 2019 de 1,3 milliards d'euros). Elle permettra par ailleurs de financer, dans la limite de 92 milliards d'euros, les déficits cumulés des exercices 2020 à 2023 des branches maladie, vieillesse et famille du régime général, du FSV et de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles.

Concernant les autres régimes de base, les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,4 milliard d'euros en 2019) et de la branche vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,2 milliard d'euros en 2019) augmentent respectivement de 0,3 milliard d'euros et 0,1 milliard d'euros en 2019. Celui du régime de base de la caisse nationale des barreaux français (0,06 milliard d'euros en 2019) reste stable. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

Les autres régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches maladie des différents régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de la protection universelle maladie, branches vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants jusqu'en 2017), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAM à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Annexe B

RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU REGIME GENERAL, LES PREVISIONS DE RECETTES ET DE DEPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES REGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DES DEPENSES D'ASSURANCE-MALADIE POUR LES QUATRE ANNEES A VENIR

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2021-2024.

Par rapport aux prévisions du PLFSS pour 2020, le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est dégradé de manière soudaine et dans des proportions jamais atteintes à la suite du choc d'une ampleur inédite qu'a subi l'économie française du fait de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

En conséquence de cette situation macro-économique exceptionnelle, la dégradation durable de la trajectoire pluriannuelle ne permet plus d'envisager un retour à l'équilibre à l'horizon 2024 (I). Cette trajectoire tient compte d'un surcroît important de dépenses de la branche maladie, que celles-ci soient ponctuelles pour faire face à la crise sanitaire, ou structurelles pour rénover le système de soins (II). Dans ce contexte particulier, les branches vieillesse et surtout maladie seraient dans une situation de déficits élevés et globalement stables durant les années à venir, alors que la branche famille et la branche AT-MP dégageront des excédents dès 2021 à la faveur de la reprise économique anticipée. La nouvelle branche autonomie, créée par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie présenterait une situation financière pluriannuelle globalement équilibrée avant prise en compte de l'effet démographique et mesures nouvelles (III).

I. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 tire les conséquences de la dégradation exceptionnelle de la situation économique en 2020 et de son rebond marqué en 2021.

Pour 2021, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB de 8,0 % en volume (après -10,0 % en 2020) et de 6,5 % de la masse salariale du secteur privé (et 6,8% de la masse salariale privée soumise à cotisations après -7,9 % en 2020) ainsi qu'une hypothèse d'inflation hors tabac (0,6 %) en très légère progression par rapport à l'année précédente. Ce fort rebond d'activité interviendrait après un choc exceptionnel en 2020 mais serait insuffisant pour retrouver le niveau d'activité observé en 2019 (qui serait 2,7 % supérieur).

Pour les années 2022 à 2024, le Gouvernement retient un scénario de poursuite de la reprise économique, avec une croissance soutenue et en légère décélération sur l'ensemble de la trajectoire. L'inflation augmenterait progressivement avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux malgré le ralentissement de la croissance de la masse salariale.

Dans le contexte de forte incertitude macroéconomique, lié aux aléas entourant l'évolution de la situation sanitaire aux échelles nationales et internationales, le Haut Conseil des finances publiques a rendu le 21 septembre 2020 un avis sur ces prévisions macroéconomiques dans lequel il estime le niveau d'activité anticipé pour 2021 atteignable. Il estime le niveau ainsi que les prévisions d'inflation, d'emploi et de masse

salariale retenues par le Gouvernement sont cohérentes avec les informations disponibles et plausibles.

Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PIB en volume	1,7 %	1,5 %	-10,0 %	8,0 %	3,5 %	2,0 %	1,4 %
Masse salariale privée	3,5 %	3,2 %	-7,9 %	6,8 %	4,7 %	3,7 %	3,4 %
Inflation hors tabac	1,6 %	0,9 %	0,2 %	0,6 %	1,0 %	1,4 %	1,8 %
ONDAM	2,2 %	2,6 %	7,6 %	3,5 %	1,1 %	2,4 %	2,3 %
ONDAM hors COVID	2,2 %	2,6 %	3,2 %	6,0 %	3,1 %	2,4 %	2,3 %

Affectés par les mesures d'urgence prises fin 2018 et une conjoncture économique moins favorable qu'anticipé initialement, les déficits du régime général et des régimes obligatoires de base en 2019 ont été légèrement plus dégradés que l'année précédente, mais meilleurs que prévus en LFSS 2020 avec une bonne tenue des recettes. Cette situation financière à fin 2019, proche de l'équilibre, est brutalement remise en cause par les effets de la crise sanitaire.

En 2020, la chute d'activité conduirait à une dégradation inédite de près de 45 Md€ des soldes sociaux par rapport à 2019, le régime général portant l'essentiel de cette dégradation, avec un déficit prévisionnel de 41,2 Md€. Le déficit prévisionnel du régime général et du FSV s'élèverait à 44,4 Md€ en 2020, un niveau très supérieur à celui de 2010 (-28 Md€) jusqu'ici le plus élevé depuis l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale. La branche maladie aurait à supporter la dégradation la plus forte, puisque son déficit s'établirait à 29,8 Md€ qui, en euros courants, dépasserait à lui seul le déficit de l'ensemble de la sécurité sociale constaté 2010, à la suite de la crise financière. Toutes les branches, à l'exception de la nouvelle branche autonomie, seraient en déficit, y compris la branche AT-MP.

Dans ce contexte, le retour à l'équilibre global du régime général ne serait pas atteint à l'horizon 2024 (-21,3 Md€), le rebond anticipé ne permettant pas de combler la dégradation observée en 2020. À cet horizon, le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) serait de 0,8 Md€ et le déficit consolidé régime général et du FSV atteindrait ainsi 22,1 Md€. De même, les comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement seraient durablement déficitaires, la trajectoire plus dégradée de la CNRACL affectant la situation sur le périmètre de l'ensemble des régimes obligatoires de base. En 2024, le déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires atteindrait 21,2 Md€.

La trajectoire présentée dans cette annexe repose, à titre conservatoire, sur une convention « hors mesures nouvelles » en économies ou en dépenses, ainsi que le prévoit la loi organique. De la même manière, la trajectoire d'ONDAM prolonge, dans l'attente

des travaux à venir notamment confiés au HCAAM, celle de la dernière loi de programmation des finances publiques à partir de 2022, soit 2,4% « hors COVID ».

Dans le cadre du rapport économique, social et financier annexé au PLF 2021, le Gouvernement a affiché sa détermination à s'inscrire dans une trajectoire qui permettra de stabiliser le ratio d'endettement public à horizon 2025 autour de 117 % puis d'amorcer sa décroissance, afin notamment d'assurer la pérennité du financement de la protection sociale.

II. La trajectoire financière tient compte des conséquences de la dégradation marquée des recettes de la sécurité sociale en 2020, ainsi que de dépenses nouvelles d'assurance maladie pour répondre de manière exceptionnelle à la crise et adapter structurellement le système de santé.

Comme lors de la crise économique et financière de 2008, la sécurité sociale a joué un rôle majeur d'amortisseur économique et social, tant en matière de prélèvements, que de dépenses. Majoritairement proportionnelles au niveau d'activité, les premières se sont fortement contractées alors que les secondes se sont maintenues s'agissant des prestations retraites et famille et ont fortement progressé sur la branche maladie pour permettre des prises en charge à 100% d'actes médicaux et le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, même pour des personnes non malades (arrêts de travail pour garde d'enfants ou personnes vulnérables).

La diminution de l'activité économique s'est traduite par une baisse massive des prélèvements sociaux et des recettes fiscales perçus par la sécurité sociale en 2020. En effet, les ressources de la sécurité sociale proviennent pour une large part des revenus d'activité, qui ont beaucoup souffert de la crise. En outre, la crise sanitaire, les mesures prises pour l'endiguer et le ralentissement marqué de l'activité économique ont conduit de nombreuses entreprises à placer leurs salariés en activité partielle, dont l'indemnité est exonérée de cotisations sociales et soumise, comme les allocations chômage et en tant que revenu de remplacement, à un taux de CSG réduit. Ainsi, le recours à l'activité partielle, massif au cours du deuxième trimestre et encore élevé au cours des mois suivants, associé aux pertes d'emploi consécutives à la crise, a entraîné une forte baisse de la masse salariale privée (estimé à -7,9 % sur l'année) et, par conséquent, des recettes de cotisations et de la CSG.

Pour préserver l'activité économique et l'emploi, le Gouvernement a mis en place un ensemble de mesures pour soutenir les entreprises et les travailleurs indépendants, qui incluent des dispositifs d'exonérations et d'aide au paiement en faveur des secteurs les plus touchés par la crise. Ces dispositifs, estimés à 5,2 Md€, seront compensés par l'État et n'impactent donc pas les recettes de la sécurité sociale.

Ainsi, au total, les recettes du régime général et du FSV diminueraient de 5 % en 2020, soit 20 Md€, les fortes baisses sur les revenus d'activité étant quelque peu compensées par l'augmentation des recettes sur les revenus de remplacement (augmentation des indemnités journalières) et par le versement à la CNAV de la soulte des industries électriques et gazières gérée par le FRR décidée par la loi dette sociale et autonomie du 7 août pour un montant de 5 Md€.

En 2021, les recettes connaîtraient un fort rebond sous l'effet de la reprise économique, soutenue par le plan de relance. Les cotisations sociales du secteur privé et la CSG augmenteraient fortement, tirées par le dynamisme de la masse salariale privée (+6,5%, soit +6,8% pour la masse salariale privée soumise à cotisations). Au total, les

recettes du régime général et du FSV rebondiraient de 7%. Elles retrouveraient un niveau supérieur de 2% à celui de 2019 mais resteraient durablement et substantiellement plus faibles que le niveau prévu avant la crise.

S'agissant des dépenses, leur évolution entre 2019 et 2020 est conforme à ce qui était prévu en LFSS 2020 pour les branches famille, AT-MP et vieillesse. En revanche, les dépenses de la branche maladie ont été très fortement impactées par la crise sanitaire et leur dynamisme va se poursuivre au-delà de la période de crise compte tenu des décisions plus structurelles décidées dans le cadre du Ségur de la santé pour répondre aux enjeux de bon fonctionnement et de modernisation du système de santé. Le PLFSS 2021 prévoit de majorer l'ONDAM 2020 de 10,1 Md€, soit une progression de +7,6 % par rapport à 2019. Le niveau de l'ONDAM en 2020 s'élève ainsi à 215,7 Md€ (au lieu de 205,6 Md€ prévus en LFSS 2020).

En 2021, en prenant en compte les seuls effets structurels de déploiement des mesures du Ségur de la santé, l'ONDAM progressera de 6 %. En intégrant une nouvelle provision au titre de la gestion de crise COVID, les dépenses de l'ONDAM 2021 sont estimées à 224,6 Md€. Cet objectif de dépenses englobe 4 Md€ de mesures de régulation par rapport à la progression tendancielle. Une contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire permettra de prendre en charge une partie des dépenses auxquelles l'assurance maladie obligatoire fait face dans le cadre de la gestion de l'épidémie. Cette contribution, temporaire, est assise sur le chiffre d'affaires en santé des organismes complémentaires. Fixée à 1 Md€ en 2020 et 500 M€ en 2021, elle pourra être revue en 2021 en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et de l'actualisation du niveau des économies constatées par les organismes complémentaires.

La progression de ces dépenses sera maîtrisée dans les projections pluriannuelles, avec des progressions proches ou moindres que celles de l'activité à compter de 2022, hormis pour les prestations vieillesse, tirées par la reprise modérée de l'inflation.

III. D'ici 2024, les branches du régime général connaîtront des évolutions très différenciées, marquées par les effets de la crise.

La branche maladie connaîtra une évolution structurante en 2021 du fait de la création de la branche autonomie qui sera notamment en charge de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu'à présent le financement. De ce fait, le périmètre des dépenses de la branche se réduira de 22,8 Md€ à ce titre, soit d'environ 10 %. Dans une moindre mesure, les dépenses s'accroîtront de 0,3 Md€ sous l'effet du transfert du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), compensée par l'affectation d'une fraction de TVA.

Après la forte évolution de la structure du financement de l'assurance maladie en 2019 du fait de la suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations salariées inférieures à 2,5 SMIC, qui avait conduit à porter la part de la TVA à 28 % des ressources de la branche maladie, la création de la branche autonomie en modifie à nouveau la structure. En effet, la branche autonomie sera affectataire de ressources de CSG pesant sur l'ensemble des assiettes soumises à cette contribution, principalement en provenance de la CNAM. La CSG affectée à la branche maladie se réduira donc de 25,5 Md€. De ce fait, la CSG, qui représentait 45 % des ressources de la branche maladie en 2018, avant qu'une fraction soit affectée à l'assurance chômage, ne pèsera plus que 25 % des recettes totales, soit une part inférieure à celle des cotisations des employeurs et à celle de la TVA.

La trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM au-delà de 2022 conserve les hypothèses de progression prévues en LFSS 2020 hors Ségur. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) se voit confier une mission pour réfléchir à la refonte de l'ONDAM et aux moyens d'ajustement de la dépense aux besoins de la population et aux enjeux régulation financière.

En termes de recettes, aucune hausse d'impôts ou de cotisations n'étant prévue, la branche maladie resterait déficitaire de plus de 17 Md€ en 2024, ce qui pose la question de soutenabilité des dépenses et la stratégie de restauration d'une trajectoire de retour à l'équilibre.

La nouvelle branche autonomie sera affectataire à compter de 2021, outre ses recettes traditionnelles issues de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et de la contribution additionnelle (CASA) pour 2,8 Md€, de CSG à hauteur de 1,9 point portant sur l'ensemble des assiettes de la CSG (28 Md€). À compter de 2024 cette fraction de CSG sera augmentée de 0,15 point supplémentaires (actuellement affectés à la CADES), conformément aux dispositions de la loi du 7 août 2020 sur la dette sociale et l'autonomie.

Au total, ces recettes s'élèveront à 31,2 Md€, soit un niveau identique à celui des dépenses, permettant à la branche de couvrir l'intégralité des besoins de financement des mesures nouvelles, notamment celles liées à la mise en place du Ségur de la santé dans le secteur médico-social (impact de 2,1 Md€ en 2020-2021 au titre des revalorisations salariales et de l'investissement).

La trajectoire en dépenses de la branche autonomie pour 2022-2024 est conventionnelle et conforme, s'agissant des dépenses pour les établissements et services médico-sociaux, au taux d'ONDAM hors Ségur (2,4 % par an). Elle ne prend pas en compte l'effet démographique ni l'effet des mesures nouvelles qui pourraient être décidées dans la prochaine loi grand âge et autonomie. Elle prévoit toutefois, à compter de 2022, le financement de la PCH parentalité, par la CNSA (0,2 Md€). Compte tenu du lien avec la politique familiale et de la situation financière de la branche famille, la CNSA bénéficie d'un transfert supplémentaire de recettes de la branche famille à compter de 2022.

Compte tenu du dynamisme des recettes affectées, celles-ci devraient progresser jusqu'à 2023 à un rythme proche de celui des dépenses, permettant un équilibre de la branche autonomie avant mesures nouvelles. En 2024, elle afficherait un excédent de 2,3 Md€ correspondant à la recette de CSG supplémentaire en provenance de la CADES hors prise en compte de l'effet démographique et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures nouvelles.

S'agissant de la branche AT-MP, aucune mesure n'est prévue pour modifier les ressources de la branche en 2021, qui devraient progresser de 1 Md€. Outre la progression de la masse salariale, la branche bénéficiera, de l'effet favorable du Ségur de la santé sur ses recettes de cotisations et contributions sociales, ce qui contribuera à améliorer son solde.

De ce fait, la branche devrait dégager un excédent de 0,5 Md€ en 2021, effaçant son déficit de 0,3 Md€ prévu pour 2020. Cet excédent serait croissant jusqu'en 2024.

La branche vieillesse du régime général sera à nouveau déficitaire de 7,3 Md€ en 2021, soit un niveau proche de celui de 2020 (-7,8 Md€). Les recettes, qui reposent presque exclusivement sur les revenus d'activité, progresseraient de 10 % pour s'établir à 108 Md€ sous l'effet du rebond de l'économie. Malgré la progression modérée des dépenses permise par une inflation moindre que prévue sur ces deux exercices, la forte baisse des recettes en

2020 place toutefois leur niveau nettement en dessous de celui des dépenses. En 2021, la branche bénéficiera seulement de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé en termes de revalorisation salariale qui tendront à accroître le niveau des cotisations.

Jusqu'en 2024, les dépenses continueraient de croître à un rythme supérieur à celui des recettes, notamment du fait de la plus forte inflation à compter de 2022, conduisant à un déficit de 9,3 Md€ à cet horizon pour le régime général et 10,6 Md€ sur le périmètre tous régimes et FSV. Si des mesures étaient décidées dans le cadre des concertations sur la réforme des retraites, elles devront permettre de réduire ces déficits.

La branche famille transférera en 2021 le financement de l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (AEEH) à la nouvelle branche autonomie, ce qui réduira de 1,2 Md€ le périmètre de ses dépenses et de ses recettes (réduction de la taxe sur les salaires qui lui est affectée au profit de la CNAM, laquelle affecte une part équivalente de CSG à la CNSA). A compter de 2022, un nouveau transfert de recettes au profit de la branche autonomie interviendra pour financer le coût de la PCH parentalité.

Les recettes de la branche famille progresseraient de 7 % en 2021 du fait de la reprise économique. La branche bénéficierait aussi pour 0,2 Md€ de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé sur l'assiette des cotisations et contributions qui lui sont affectées.

Les dépenses modérées par la faible inflation seraient néanmoins tirées à la hausse par la réforme du congé paternité (0,2 Md€ en 2021 et 0,4 Md€ à compter de 2022 en ce qui concerne la branche famille). Sous l'effet de cette faible progression globale la branche renouerait avec un excédent dès 2021 (1,1 Md€), qui tendrait à s'accroître jusqu'en 2024.

Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général, de l'ensemble des régimes de base et du FSV (milliards d'euros)

		2018	2019	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)
Maladie	Recettes	210,8	215,2	204,8	197,9	201,4	206,9	211,9
	Dépenses	211,5	216,6	234,6	216,9	219,3	224,2	229,1
	Solde	-0,7	-1,5	-29,8	-19,0	-17,9	-17,3	-17,1
AT-MP	Recettes	12,7	13,2	12,1	13,2	13,8	14,3	14,8
	Dépenses	12,0	12,2	12,4	12,7	12,7	12,9	13,1
	Solde	0,7	1,0	-0,3	0,5	1,1	1,4	1,7
Famille	Recettes	50,4	51,4	47,1	50,4	51,3	52,8	54,2
	Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
	Solde	0,5	1,5	-3,3	1,1	1,6	2,6	3,4
Vieillesse	Recettes	133,8	135,7	132,7	137,4	141,4	145,6	149,8
	Dépenses	133,6	137,1	140,6	144,7	148,7	153,5	159,0
	Solde	0,2	-1,4	-7,8	-7,3	-7,3	-7,8	-9,3
Branche autonomie	Recettes				31,2	32,1	33,1	36,4
	Dépenses				31,2	32,3	33,2	34,1
	Solde				0,0	-0,3	-0,2	2,3
RG consolidé	Recettes	394,6	402,4	383,7	416,2	425,7	438,2	452,4
	Dépenses	394,1	402,8	424,9	440,9	448,5	459,5	471,3
	Solde	0,5	-0,4	-41,2	-24,7	-22,9	-21,3	-18,9
Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base								
Maladie	Recettes	212,3	216,6	206,2	199,5	202,9	208,5	213,5
	Dépenses	213,1	218,1	236,1	218,4	220,9	225,8	230,7
	Solde	-0,8	-1,5	-29,8	-19,0	-17,9	-17,3	-17,1
AT-MP	Recettes	14,1	14,7	13,6	14,7	15,4	15,8	16,3
	Dépenses	13,4	13,6	13,9	14,1	14,2	14,3	14,5
	Solde	0,7	1,1	-0,2	0,6	1,2	1,5	1,8
Famille	Recettes	50,4	51,4	47,1	50,4	51,3	52,8	54,2
	Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
	Solde	0,5	1,5	-3,3	1,1	1,6	2,6	3,4
Vieillesse	Recettes	236,6	240,0	237,4	245,2	249,3	254,7	260,6
	Dépenses	236,7	241,3	247,0	251,9	257,0	263,6	271,4
	Solde	-0,1	-1,3	-9,6	-6,6	-7,6	-8,9	-10,8
Branche autonomie	Recettes				31,2	32,1	33,1	36,4
	Dépenses				31,2	32,3	33,2	34,1
	Solde				0,0	-0,3	-0,2	2,3
ROBSS consolidé	Recettes	499,9	509,1	490,8	526,9	536,6	550,3	566,3
	Dépenses	499,5	509,3	533,7	550,8	559,7	572,5	586,7
	Solde	0,3	-0,2	-42,9	-23,9	-23,0	-22,2	-20,4
Fonds de solidarité vieillesse								
FSV	Recettes	17,2	17,2	16,5	16,7	17,3	17,9	18,5
	Dépenses	19,0	18,8	19,7	19,2	19,0	19,1	19,3
	Solde	-1,8	-1,6	-3,2	-2,4	-1,7	-1,2	-0,8
Régime général et fonds de solidarité vieillesse								
RG+FSV	Recettes	394,6	402,6	382,3	415,4	425,7	438,7	453,3
	Dépenses	395,8	404,5	426,6	442,5	450,2	461,2	473,0
	Solde	-1,2	-1,9	-44,4	-27,1	-24,5	-22,5	-19,7
Régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse								
ROBSS +FSV	Recettes	498,6	508,0	488,1	525,0	535,5	549,6	566,0
	Dépenses	500,0	509,7	534,2	551,3	560,2	573,0	587,2
	Solde	-1,4	-1,7	-46,1	-26,4	-24,7	-23,4	-21,2

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.- Régimes obligatoires de base

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies profession nelles	Autonomie	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et FSV
Cotisations effectives	75,1	142,1	31,0	13,7	0,0	260,1	0,0	260,1
Cotisations prises en charge par l'État	2,4	2,5	0,7	0,1	0,0	5,7	0,0	5,7
Cotisations fictives d'employeur	0,4	41,6	0,0	0,3	0,0	42,4	0,0	42,4
Contribution sociale généralisée	48,5	0,0	12,4	0,0	28,0	88,5	16,9	105,5
Impôts, taxes et autres contributions sociales	65,2	21,1	5,5	0,0	2,8	94,6	0,0	94,6
Charges liées au non recouvrement	-0,9	-1,0	-0,1	-0,2	-0,1	-2,2	-0,2	-2,4
Transferts	1,8	38,1	0,2	0,1	0,4	28,8	0,0	10,1
Produits financiers	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
Autres produits	7,0	0,5	0,8	0,6	0,0	8,8	0,0	8,8
Recettes	199,5	245,2	50,4	14,7	31,2	526,9	16,7	525,0

II.- Régime général

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Autonomie	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et FSV
Cotisations effectives	74,4	89,7	31,0	12,7	0,0	206,1	0,0	206,1
Cotisations prises en charge par l'État	2,4	2,3	0,7	0,1	0,0	5,5	0,0	5,5
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	48,4	0,0	12,4	0,0	28,0	88,5	16,9	105,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	65,2	16,6	5,5	0,0	2,8	90,1	0,0	90,1
Charges liées au non recouvrement	-0,9	-0,7	-0,1	-0,1	-0,1	-2,0	-0,2	-2,2
Transferts	1,8	29,1	0,2	0,0	0,4	19,7	0,0	2,2
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	6,7	0,3	0,8	0,5	0,0	8,2	0,0	8,2
Recettes	197,9	137,4	50,4	13,2	31,2	416,2	16,7	415,4

III. Fonds de solidarité vieillesse

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	16,9
Impôts, taxes et autres contributions sociales	0,0
Charges liées au non recouvrement	-0,2
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Recettes	16,7