

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'économie, des finances et
de la souveraineté industrielle et numérique

Ministère de la santé et de la prévention

Comptes publics

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024

NOR : ECOX2320994L/Bleue-1

Article liminaire

Les prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2023 et 2024 s'établissent comme suit, au sens de la comptabilité nationale :

<i>(En points de produit intérieur brut)</i>	2023	2024
Recettes	26,6	26,6
Dépenses	25,9	26,0
Solde	0,7	0,6

Exposé des motifs

Cet article présente, conformément à l'article 1^{er} de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'état des prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale (ASSO) pour l'exercice en cours et pour l'année à venir. Les ASSO regroupent l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les régimes de retraite complémentaire, ainsi que l'assurance chômage et les hôpitaux. Elles comprennent enfin la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et le Fonds de réserve pour les retraites.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoit sur le champ des ASSO un solde excédentaire en 2023 et en 2024, de respectivement + 0,7 % et + 0,6 % du PIB. Les excédents de la CADES – qui correspondent à l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base (18,3 Md€ en 2023) – contribuent largement au solde positif de l'ensemble de ce secteur.

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023

Article 1^{er}

I. – Au titre de l'année 2023, 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	234,1	243,7	-9,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,2	15,3	1,9
Vieillesse	273,1	275,0	-1,9
Famille	57,0	56,0	1,0
Autonomie	36,8	37,9	-1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	600,9	610,5	-9,6
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	602,1	610,9	-8,8

2° 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	20,3	19,5	0,8

3° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;

4° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;

5° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 18,3 milliards d'euros.

Exposé des motifs

La prévision de solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale s'élève à – 8,8 milliards d'euros, soit une légère dégradation par rapport à celle de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023 (-8,3 milliards d'euros). Cette révision est principalement liée au surcroît de dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). En sens opposé, les recettes seraient plus dynamiques qu'attendu du fait notamment de meilleures perspectives pour la masse salariale du secteur privé. Cette prévision constitue une très forte amélioration par rapport au déficit de -19,7 milliards d'euros en 2022, qui résulte notamment de la forte décreue des dépenses liées à la lutte contre la covid-19 (moins d'1 milliard d'euros contre 11,7 milliards en 2022) et de la poursuite du rebond de l'activité et des salaires en 2023.

Article 2

Au titre de l'année 2023, 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	105,0
Dépenses relatives aux établissements de santé	102,5
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	15,5
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	14,7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	6,5
Autres prises en charge	3,4
Total	247,6

Exposé des motifs

Cet article rectifie le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2023 à 247,6 milliards d'euros au lieu des 244,8 milliards d'euros prévus dans la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023. Cet écart s'explique principalement par la prise en compte des mesures de revalorisations salariales annoncées en juin 2023 et mises en œuvre en partie dès le mois de juillet, ainsi que par les effets de l'inflation tirant à la hausse certaines dépenses comme les indemnités journalières et un contexte de reprise plus forte qu'attendu de l'activité de soins en ville après trois années marquées par la crise sanitaire. Le montant de l'ONDAM rectifié intègre les dépenses covid à hauteur de 1 milliard d'euros (niveau inchangé par rapport à la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023).

Article 3

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est rectifié à 1 062 millions d'euros pour l'année 2023.

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 mentionné au I est rectifié à 87 millions d'euros pour l'année 2023.

III. – Le montant de la contribution, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, attribuée par la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale aux agences régionales de santé au titre de leurs actions en matière de prise en charge et d'accompagnement en direction des personnes âgées ou handicapées est rectifié à 278,4 millions d'euros pour l'année 2023.

Exposé des motifs

Cet article rectifie la contribution des régimes d'assurance maladie et de la branche autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) pour tenir compte notamment d'une actualisation du déploiement du Ségur numérique.

Il modifie par ailleurs la contribution de la branche autonomie à ce même FMIS afin de tenir compte de la mise en œuvre, de manière non pérenne, en 2023, d'un fonds d'urgence pour les établissements sociaux et médicaux sociaux (ESMS) en difficulté qui transite par les agences régionales de santé (ARS).

Article 4

Au II de l'article 18 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, le nombre : « 24,6 » est remplacé par le nombre : « 24,9 ».

Exposé des motifs

L'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale prévoit la fixation d'un montant dit « M » qui, s'il est inférieur au chiffre d'affaires annuel minoré des remises au titre des médicaments remboursables, entraîne une contribution des entreprises du secteur du médicament. La précédente loi de financement de la sécurité sociale avait fixé ce montant « M » à 24,6 milliards d'euros.

A l'issue des plusieurs mois de concertations nombreuses avec l'ensemble des acteurs des secteurs des produits de santé, la mission confiée à plusieurs personnalités qualifiées par la Première ministre a remis un rapport invitant les pouvoirs publics et les parties prenantes à mettre en œuvre un nouveau pacte garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé. Elle a en particulier proposé de revoir le montant de « M ».

Tel est l'objet de la présente mesure qui s'inscrit en phase avec les orientations générales de la mission des personnalités qualifiées et tient compte des attentes des industriels du secteur du médicament. Elle intervient dans un contexte marqué par l'inflation et la hausse des dépenses de médicaments liée à la fois à la hausse de la consommation, tirée notamment par le vieillissement de la population, et à l'arrivée de nouveaux médicaments innovants dont les prix sont souvent plus élevés. Pour tenir compte de l'ensemble de ces facteurs, le Gouvernement a décidé de rectifier à la hausse le montant « M » pour l'année 2023 en le fixant à 24,9 milliards d'euros. Cette révision a pour contrepartie l'engagement des industriels à conduire en 2024 des efforts plus importants de baisse de prix et des actions de régulation des volumes de ventes sur le marché français.

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024

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

CHAPITRE I^{ER}
RENFORCER LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE AUX COTISATIONS

Article 5

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

1° Après le premier alinéa de l'article L. 133-5-10, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La gestion du dispositif simplifié de déclaration et de paiement des organismes de services à la personne prévu aux articles L. 133-8-4 à L. 133-8-10 est confiée à un ou plusieurs organismes désignés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

2° A l'article L. 133-5-12 :

a) Au troisième alinéa du I :

– le mot : « bancaire » est remplacé par les mots : « sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'espace unique de paiement en euros de l'Union européenne et dont l'employeur est titulaire, » ;

– après le mot : « due », sont insérés les mots : « sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'espace unique de paiement en euros de l'Union européenne et dont le salarié est titulaire » ;

b) Au quatrième alinéa du I, les deuxième et troisième phrases sont supprimées ;

c) Le IV est ainsi rédigé :

« IV. – Sont exclus de la possibilité d'utiliser le dispositif prévu au présent article :

« 1° L'employeur, en cas de défaut total ou partiel de paiement des sommes mentionnées au troisième alinéa du I. Dans ce cas, la créance égale à la rémunération due au salarié est transférée à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 ;

« 2° L'employeur, le salarié ou la personne mentionnée au 9° de l'article L. 133-5-6 qui déclare des prestations fictives. Le caractère fictif de la prestation peut être apprécié en se fondant notamment sur l'absence de production de pièces établissant sa réalité et sur les justifications avancées d'une telle absence ;

« 3° L'employeur, le salarié ou la personne mentionnée au 9° de l'article L. 133-5-6 qui n'est pas en mesure de produire les justificatifs relatifs à la prestation qu'il est tenu de conserver ;

« 4° L'employeur en situation de surendettement définie à l'article L. 711-1 du code de la consommation ;

« 5° L'employeur ou la personne mentionnée au 9° de l'article L. 133-5-6 qui ne respecte pas les conditions générales d'utilisation du service établies conformément à l'article L. 112-9 du code des relations entre le public et l'administration et qui précisent notamment les modalités techniques d'accès au dispositif, de paiement de la rémunération du salarié et de recouvrement des sommes dues ainsi que ses engagements en matière d'accompagnement des particuliers, de réponse aux contestations et de communication sur le service.

« V. – Lorsque le nombre ou le montant des prestations déclarées est anormalement élevé ou lorsqu'il existe des indices du caractère fictif de la prestation déclarée, l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 peut suspendre la possibilité d'utiliser le dispositif.

« VI. – Dans les cas prévus aux 1° à 3° du IV, l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 recouvre les sommes dues selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires.

« Dans le cas prévu au 1° du IV, une majoration de 10 % est applicable aux sommes dues. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise gracieuse totale ou partielle.

« Dans le cas prévu au 2° du IV, une majoration de 50 % au plus est applicable aux sommes dues.

« VII. – La décision prévue aux IV et V est notifiée à l'employeur, à la personne mentionnée au 9° de l'article L. 133-5-6 ou au salarié par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.

« Les recours formés contre les décisions individuelles prises par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 en application du présent article relèvent de la compétence des tribunaux judiciaires spécialement désignés en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.

« VIII. – Un décret définit les modalités d'application des IV à VII du présent article, notamment le délai de production des justificatifs mentionnés au 3° du IV, ainsi que les conditions et la durée de l'exclusion prévue au IV et de la suspension prévue au V. » ;

3° A l'article L. 133-8-4 :

a) Au 3° du II, après le mot : « bancaire », sont insérés les mots : « domicilié en France ou dans l'espace unique de paiement en euros de l'Union européenne et dont il est titulaire » ;

b) Au 2° du III, les deuxième et troisième phrases sont remplacées par deux phrases ainsi rédigée : « Un arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale fixe la liste des informations et pièces justificatives obligatoirement transmises avec cette déclaration ainsi que les pièces justificatives que le particulier et la personne morale ou l'entreprise individuelle sont tenus de présenter à la demande de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10. Les pièces justificatives sont conservées dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3 ; » ;

c) Au 3° du III, les mots : « après déduction, le cas échéant, des sommes versées directement par celui-ci dans les conditions mentionnées au 2° du présent III » sont remplacés par les mots : « sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'espace unique de paiement en euros de l'Union européenne et dont elle est titulaire, sauf pour les personnes mentionnées à l'article L. 133-8-6 » ;

d) Le IV est abrogé ;

4° A l'article L. 133-8-5 :

a) Au premier alinéa :

– les mots : « réalisant des prestations de service à la personne » sont remplacés par les mots : « mentionnée aux articles L. 7232-1 à L. 7232-1-2 du code du travail qui exerce » ;

– les mots : « code du travail » sont remplacés par les mots : « même code et qui en formule la demande » ;

– la référence : « L. 225-1 » est remplacée par la référence : « L. 133-5-10 » ;

– les mots : « adhérer au » sont remplacés par les mots : « utiliser le » ;

b) Les trois derniers alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 3° De produire, selon des modalités définies par décret, les éléments attestant du respect effectif de ses obligations de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ainsi qu'en matière d'impôts sur les sociétés ou, le cas échéant, d'impôt sur le revenu et de taxe sur la valeur ajoutée ;

« 4° De produire, dans des conditions et sous réserve d'exceptions définies par décret, des garanties financières suffisantes. Ces garanties doivent résulter d'un engagement d'un organisme de garantie collective, d'un organisme de crédit ou d'une entreprise d'assurance établie sur le territoire d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou d'une société de financement ;

« 5° De respecter les conditions générales d'utilisation du service établies conformément à l'article L. 112-9 du code des relations entre le public et l'administration et qui précisent notamment les modalités techniques d'accès au dispositif, de paiement des prestations et de reversement des sommes versées à tort ainsi que ses engagements en matière d'accompagnement des particuliers, de réponse aux contestations et de communication sur le service.

« Chaque membre ou adhérent d'un groupement d'employeurs, d'une coopérative ou d'une coopérative artisanale doit respecter les critères mentionnés aux 2°, 3° et 5°. » ;

5° A l'article L. 133-8-6 :

a) Au premier alinéa, les mots : « , dans des conditions et pour une durée fixées par décret » sont supprimés ;

b) Le 2° est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« 2° Le particulier, la personne morale ou l'entreprise individuelle qui accepte ou déclare des prestations fictives. Le caractère fictif de la prestation peut être apprécié en se fondant notamment sur l'absence de production de pièces établissant sa réalité et sur les justifications avancées d'une telle absence ;

« 2° bis Le particulier, la personne morale ou l'entreprise individuelle qui n'est pas en mesure de produire les justificatifs relatifs à la prestation qu'il est tenu de conserver ; » ;

c) Au 3°, les mots : « déclare les prestations » sont remplacés par les mots : « utilise le dispositif » et les mots : « de la charte mentionnée » sont remplacés par les mots : « des dispositions légales et réglementaires du présent code relatives au dispositif dématérialisé mentionné à l'article L. 133-8-4 ainsi que des conditions générales d'utilisation du service mentionnées » ;

d) Il est ajouté sept alinéas ainsi rédigés :

« 4° La personne morale ou l'entreprise individuelle soumise à la procédure de liquidation judiciaire prévue à l'article L. 640-1 du code de commerce ;

« 5° La personne morale ou l'entreprise individuelle admise à la procédure de redressement judiciaire prévue à l'article L. 631-1 du code de commerce, qui ne bénéficie pas d'un plan de redressement ou qui ne justifie pas avoir été habilitée à poursuivre son activité ;

« 6° L'entreprise individuelle ou la personne morale dont le dirigeant a fait l'objet d'une mesure de faillite personnelle ou d'une interdiction de gérer en application des articles L. 653-1 à L. 653-8 du code de commerce ;

« 7° Le groupement d'employeur, la coopérative ou coopérative artisanale, lorsqu'un de ses membres ou adhérents ne respecte pas les critères mentionnés aux 2° à 6° du présent article et aux 2°, 3° et 5° de l'article L. 133-8-5 du présent code.

« Peut faire l'objet d'une suspension de sa possibilité d'utiliser le dispositif par l'organisme mentionné à l'article L.133-5-10, le particulier, la personne morale, l'entreprise individuelle, le groupement d'employeurs, la coopérative ou la coopérative artisanale dont le nombre ou le montant des prestations déclarées ou acceptées est anormalement élevé ou lorsqu'il existe des indices du caractère fictif de la prestation déclarée ou acceptée.

« La décision d'exclusion ou de suspension prévue au présent article est notifiée au particulier, à la personne morale ou l'entreprise individuelle, au groupement d'employeur, à la coopérative ou à la coopérative artisanale par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code.

« Un décret définit les modalités d'application du présent article, notamment le délai de production des justificatifs mentionnés au 2° *bis*, ainsi que les conditions et la durée des décisions de suspension et d'exclusion. » ;

6° A l'article L. 133-8-7 :

a) Au premier alinéa :

– les mots : « et 2° » sont remplacés par les mots : « à 7° » ;

– après le mot : « sommes », il est inséré le mot : « litigieuses » ;

– les mots : « à tort » sont supprimés ;

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

« En cas de déclaration et acceptation de prestations fictives, une majoration de 50 % au plus est applicable aux sommes litigieuses. » ;

7° Après l'article L. 133-8-8, il est inséré un article L. 133-8-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-8-8-1.* – Les recours formés contre les décisions individuelles prises par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 en application des articles L. 133-8-5, L. 133-8-6, L. 133-8-7 et L. 133-8-8 relèvent de la compétence des tribunaux judiciaires spécialement désignés en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.

« L'article L. 142-4 du présent code n'est pas applicable aux décisions mentionnées aux articles L. 133-8-5 à L. 133-8-7. » ;

8° Au troisième alinéa de l'article L. 142-4, après la référence : « L. 114-17-1 », sont insérées les références : « L. 133-8-5 à L. 133-8-7, » ;

9° Au 3°*ter* de l'article L. 225-1-1, les mots : « à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et » sont supprimés ;

10° Au premier alinéa de l'article L. 243-7 après les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale. », sont insérés les mots : « Dans le cadre de leurs missions, ils ne sont pas tenus par la qualification donnée par la personne contrôlée aux faits qui leur sont soumis. » ;

11° Au deuxième alinéa de l'article L. 243-7-1 A, les mots : « ou celle prévue à l'article L. 243-7-2 » sont supprimés ;

12° A l'article L. 243-7-2 :

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

« L'abus de droit entraîne l'application par l'organisme mentionné au premier alinéa d'une pénalité d'un montant égal à 20 % du montant des cotisations et contributions sociales dues, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« En cas de contestation, la charge de la preuve est supportée par les organismes mentionnés au premier alinéa. » ;

b) Au troisième alinéa, qui devient le quatrième, les mots : « La procédure définie au présent article » sont remplacés par les mots : « Le présent article » ;

c) Les deux derniers alinéas sont supprimés.

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

1° A l'article L. 724-11 :

a) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les agents mentionnés au premier alinéa ne sont pas tenus par la qualification donnée par la personne contrôlée aux faits qui leur sont soumis. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « situations où est mise en œuvre la procédure prévue à l'article L. 725-25 du présent code ou en » sont supprimés ;

2° Au II de l'article L. 725-12, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième » ;

3° L'article L. 725-25 est ainsi rédigé :

« Art. L. 725-25. – L'article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole sous réserve des adaptations particulières suivantes :

« 1° Les compétences exercées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale sont exercées par les caisses de mutualité sociale agricole ;

« 2° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

« Le présent article n'est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions de l'article L. 725-24 en communiquant aux caisses de mutualité sociale agricole tous les éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et que ces organismes n'ont pas répondu dans les délais requis. »

III. – L'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Des litiges relatifs aux décisions individuelles prises par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale en application des articles L. 133-5-12 et L. 133-8-5 à L. 133-8-8 du même code. ».

IV. – L'article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

1° Au 1 du I, les mots : « 31 décembre 2023 » sont remplacés par les mots : « 1^{er} juillet 2027 » ;

2° La première phrase du IV est complétée par les mots : « pour les particuliers mentionnés au *a* et *b* du 2 du I acceptés avant cette même date par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale ».

V. – Le IV de l'article 13 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est ainsi modifié :

1° Aux premier et deuxième alinéas, les mots : « 1^{er} janvier 2024 » sont remplacés par les mots : « 1^{er} juillet 2026 » ;

2° Au troisième alinéa, la première occurrence des mots : « 1^{er} janvier 2024 » est remplacée par les mots : « 1^{er} juillet 2027 ».

VI. – Les dispositions des 9°, 11° et 12° du I, ainsi que celles du *b* du 1° et du 3° du II s'appliquent aux observations notifiées à compter du 1^{er} janvier 2024.

Exposé des motifs

Les particuliers qui recourent à des services à la personne peuvent bénéficier d'une avance immédiate de crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié au titre de ces prestations. Ce dispositif géré par l'Urssaf, dont le lancement en 2022 a été un succès, concerne à la fois les particuliers qui emploient directement des salariés et ceux qui font appel à des organismes de prestations de service à la personne (OSP). Les services de contrôle fiscal et social ayant identifié des cas de fraude de la part de certains OSP, il est proposé de renforcer les conditions d'accès et d'utilisation du dispositif ainsi que les sanctions pour mieux empêcher et réprimer ces abus.

La nécessité de consolider le dispositif existant conduit par ailleurs à proposer de reporter le déploiement du dispositif aux gardes d'enfants de plus de 6 ans à 2026 et à 2027 pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). En effet, dans ces deux derniers cas, le déploiement du dispositif doit s'articuler avec la mise en œuvre de systèmes d'information impliquant des travaux en partenariat entre les départements et la branche autonomie. Ce rééchelonnement du calendrier permettra en revanche dès 2026 de prendre en compte les titres préfinancés qui permettront de réduire encore davantage les avances de frais des utilisateurs.

Toujours à des fins de renforcement de l'efficacité de la lutte contre la fraude sociale, il est proposé de clarifier les prérogatives des agents des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et des caisses de mutualité sociale agricole (MSA) chargés du contrôle en matière de requalification des faits et des actes de fraude et de simplifier la procédure d'abus de droit.

Article 6

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

1° A l'article L. 114-19-1 :

a) Après la première phrase du deuxième alinéa, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « La transmission des documents et informations est accompagnée, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, des informations permettant de faciliter l'identification de chaque vendeur ou prestataire et les échanges avec eux. » ;

b) Les mots : « et L. 213-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 213-1 et L. 752-1 » ;

c) Après le mot : « contrôle », sont insérés les mots : « , de vérification » ;

2° L'article L. 613-6 est remplacé par deux articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 613-6.* – Les travailleurs indépendants recourant pour l'exercice de leur activité professionnelle aux plateformes de mise en relation par voie électronique mentionnées au premier alinéa de l'article 242 *bis* du code général des impôts, peuvent autoriser par mandat les opérateurs de ces plateformes à réaliser les démarches déclaratives de début d'activité prévues à l'article L. 123-33 du code de commerce auprès de l'organisme unique mentionné au deuxième alinéa de ce même article.

« *Art. L. 613-6-1.* – I. – Les cotisations et contributions sociales ainsi que les taxes et, lorsqu'ils ont exercé l'option prévue à l'article 151-0 du code général des impôts, le versement libératoire à l'impôt sur le revenu, dus par les vendeurs et prestataires relevant de l'article L. 613-7 du présent code ou du 35° de l'article L. 311-3 au titre de chiffres d'affaires ou de recettes dont le montant leur est versé par l'opérateur d'une plateforme mentionnée à l'article L. 613-6 sont prélevés par ce dernier sur ces versements. Ce prélèvement vaut acquit de ces cotisations et contributions sociales, taxes et impôts par le cotisant concerné.

« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux taxes mentionnées au chapitre premier du titre II de la première partie du livre premier du code général des impôts et à l'article 1447 du même code.

« II. – En vue de déterminer les modalités du précompte prévu au I qui leurs sont le cas échéant applicables et de procéder aux opérations mentionnées au III, les vendeurs et prestataires transmettent aux opérateurs des plateformes auxquelles ils ont recours les données permettant leur identification. Ces opérateurs transmettent ces mêmes données à l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1.

« La méconnaissance des dispositions de l'alinéa précédent entraîne l'application d'une pénalité d'un montant maximal :

« 1° Pour les vendeurs et prestataires, de 7 500 euros ;

« 2° Pour les opérateurs de plateformes, de 7 500 euros par vendeur ou prestataire concerné.

« Cette pénalité peut être à nouveau prononcée en cas de manquement réitéré à l'issue d'une période de six mois suivant un précédent constat de manquement.

« La nature des données mentionnées au premier alinéa du présent II, leurs modalités de transmission et d'utilisation ainsi que la procédure applicable au prononcé des pénalités mentionnées au deuxième alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« III. – Les opérateurs des plateformes concernées procèdent chaque mois, auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1 ou de l'un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1 pour exercer cette compétence, à :

« 1° La déclaration du montant du chiffre d'affaires ou des recettes réalisés par chaque vendeur ou prestataire ;

« 2° La déclaration et le versement, pour le compte de chaque vendeur ou prestataire, des sommes précomptées en application du I.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent III.

« IV. – Les coûts des prélèvements, déclarations et versements qu'ils sont tenus d'effectuer en application du présent article sont à la charge des opérateurs de plateformes.

« Les cotisations et contributions sociales, les taxes et les impôts précomptés en application du présent article sont recouverts dans les conditions et sous les garanties, sûretés et sanctions applicables aux cotisations et contributions précomptées sur la rémunération des salariés prévues aux chapitres III et IV du titre IV du livre II.

« La méconnaissance par un opérateur de plateforme de l'obligation de précompte prévue au I entraîne l'application d'une pénalité d'un montant maximal égal à 5 % des chiffres d'affaires ou des recettes sur lesquels cette obligation a été méconnue. Un décret détermine la procédure applicable au prononcé de cette pénalité. » ;

3° Au début de l'article L. 613-8 sont insérés les mots : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 613-6-1, ».

II. – A. – Les dispositions du 1° du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

B. – Les dispositions des 2° et 3° du I s'appliquent aux chiffres d'affaires et recettes réalisés à compter du 1^{er} janvier 2027. Toutefois, les obligations mentionnées aux articles L. 613-6-1 et L. 613-8 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue du 2° et du 3° du I du présent article sont progressivement applicables à partir du 1^{er} janvier 2026 aux opérateurs de plateformes qui remplissent des critères et selon des modalités définis par décret. Ces critères peuvent porter sur le secteur d'activité concerné, le chiffre d'affaires réalisé par l'opérateur de plateforme en France et le nombre de vendeurs et prestataires d'une plateforme exerçant leur activité en France.

Exposé des motifs

Dans le cadre de la feuille de route gouvernementale de lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques de mai 2023, le ministre chargé des comptes publics a annoncé une réforme majeure de la collecte des cotisations sociales des micro-entrepreneurs des plateformes numériques, en vue de lutter contre la sous-déclaration des revenus générés par ces activités, dont l'ampleur a notamment été soulignée par le Haut conseil du financement de la protection sociale dans une note en décembre 2022 qui relève un manque à gagner de près de 200 M€ pour le financement de la sécurité sociale. Au-delà de cet impact pour les finances publiques, il fragilise également la couverture sociale des travailleurs concernés et nuit à l'équité concurrentielle.

Afin de lutter contre cette sous-déclaration, les chiffres d'affaires réalisés par les micro-entrepreneurs sur les plateformes seront transmis aux Urssaf afin de fiabiliser les régularisations. Cette transmission sera fondée sur les données que les opérateurs de plateforme déclarent déjà aujourd'hui annuellement à l'administration fiscale, ou à ses partenaires européens, et qui seront enrichies d'éléments permettant d'améliorer l'identification des utilisateurs concernés. En outre, d'ici 2027, les cotisations et contributions sociales des micro-entrepreneurs seront directement prélevées par les plateformes, sans que cela modifie la relation de travail avec ces dernières. L'obligation de prélèvement concernera également les utilisateurs de plateformes ayant choisi, quand cette option est ouverte, d'être affiliés au régime général. Ces populations verront ainsi leurs démarches administratives simplifiées. La mise en œuvre pourra être avancée à 2026 pour un nombre limité d'opérateurs.

Article 7

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

1° Après l'article L. 114-17-1, il est inséré un article L. 114-17-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-17-1-1.* – Lorsqu'un professionnel bénéficiant de la participation de l'assurance maladie au financement de ses cotisations, mentionnée au 5° du I de l'article L. 162-14-1, fait l'objet, pour des faits à caractère frauduleux, d'une pénalité financière décidée sur le fondement des dispositions du IV de l'article L. 114-17-1, d'une sanction prononcée en application des dispositions de l'article L. 145-2 ou d'une condamnation pénale dans les cas mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 114-16-2, l'organisme d'assurance maladie peut procéder à l'annulation de tout ou partie de cette participation sur la part des revenus obtenus frauduleusement.

« Le montant correspondant est recouvré selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 pour les versements indus de prestations. » ;

2° Au 5° de l'article L. 162-14-1, après les mots : « et L. 646-3 », sont insérés les mots : « sous réserve que ces honoraires ou revenus n'aient pas été frauduleusement perçus » ;

II. – Les dispositions du présent article sont applicables aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2024.

Exposé des motifs

Dans le cadre de la feuille de route gouvernementale de lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques de mai 2023, le ministre chargé des comptes publics a annoncé une mesure liée à la lutte contre la fraude des professionnels de santé conventionnés.

Les différentes conventions signées entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers libéraux, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes) prévoient aujourd'hui la prise en charge d'une partie des cotisations sociales dues par ces professionnels. Ces prises en charge représentent un coût de trois milliards d'euros en 2022 pour les finances sociales.

En cas de non-respect des dispositions conventionnelles, les professionnels concernés peuvent faire l'objet de diverses sanctions, dont la suspension temporaire de la prise en charge de ces avantages sociaux. Ces mesures n'interviennent cependant que pour l'avenir et à l'issue de l'engagement d'une procédure conventionnelle souvent longue.

La présente mesure entend supprimer, en cas de fraude, la participation de l'assurance maladie au paiement des cotisations sociales, à l'instar des annulations d'exonérations appliquées par les organismes de recouvrement en cas de fraude commise par des employeurs ou des travailleurs indépendants.

CHAPITRE II
SIMPLIFIER LE RECOUVREMENT SOCIAL ET LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 8

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

1° Au premier alinéa du II *bis* de l'article L. 133-5-3, après la référence : « L. 213-1 », sont ajoutés la référence : « , L. 922-1 et L. 922-4, » ;

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

« Par dérogation aux deux alinéas précédents, la contribution due au titre des sommes ou des prestations sociales mentionnées au premier alinéa du II *bis* de l'article L. 133-5-3 versée à des personnes qui relèvent de la protection sociale des personnes salariées et non salariées agricoles est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime général par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1. » ;

3° Au 6° du I de l'article L. 213-1, les mots : « , aux articles L. 5422-11 » sont précédés du mot : « et » et après les mots : « du code du travail », la fin de l'alinéa est supprimée ;

4° L'article L. 213-1-1 est complété par les dispositions suivantes :

« 5° Des cotisations dues aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 du présent code, à l'exception de celles recouvrées dans le cadre de l'un des dispositifs prévus à l'article L. 133-5-6 ;

« 6° Des cotisations dues à la caisse mentionnée à l'article 3 de l'ordonnance n° 45-993 du 17 mai 1945 relative aux services publics des départements et communes et de leurs établissements publics ;

« 7° Des cotisations dues à l'institution mentionnée à l'article L. 921-2-1 à l'exception de celles recouvrées dans le cadre de l'un des dispositifs prévus à l'article L. 133-5-6 ;

« 8° Des cotisations mentionnées à l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites ;

« 9° De la contribution mentionnée à l'article 14 de la loi du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique. » ;

5° L'article L. 242-1-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 242-1-3.* – Lorsqu'un redressement des cotisations et contributions sociales a une incidence sur les droits des salariés et assimilés au titre des assurances sociales et des droits à retraite complémentaire légalement obligatoire, ces organismes communiquent aux organismes énumérés dans une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale les informations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale nécessaires à la correction de ces droits. » ;

6° Au I de l'article L. 242-13 :

a) Au 1°, les mots : « et recouvrée par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général » sont supprimés ;

b) Au 2°, les mots : « et versée directement à ce régime » sont supprimés ;

c) Il est ajoutée un alinéa ainsi rédigé :

« Ces cotisations sont recouvrées par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général. » ;

7° Au début du premier alinéa de l'article L. 243-1-2, il est ajouté un I. La deuxième phrase du même alinéa est supprimée ;

8° Après le I de l'article L. 243-6-1, il est rétabli un II ainsi rédigé :

« II. – La procédure d'arbitrage prévue au I est également applicable lorsque le cotisant, qu'il possède un ou plusieurs établissements, est confronté aux interprétations contradictoires retenues, d'une part, par un ou plusieurs des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, et, d'autre part, par un ou plusieurs organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4, concernant sa situation au regard de l'application des dispositions relatives à la détermination de l'assiette prévue à l'article L. 242-1, au calcul du plafond prévu à l'article L. 241-3 ou à la réduction dégressive de cotisations sociales prévue à l'article L. 241-13, ainsi que des dispositions des articles L. 241-10 et L. 752-3-2, ou concernant tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou des allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4. » ;

9° Après le I de l'article L. 243-6-2, il est rétabli un II ainsi rédigé :

« II. – Le présent article s'applique aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I du présent article porte sur la législation relative à la détermination de l'assiette prévue à l'article L. 242-1, au calcul du plafond prévu à l'article L. 241-3, à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, sur les dispositions des articles L. 241-10 et L. 752-3-2 ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4. » ;

10° Le premier alinéa du III de l'article L. 243-6-3 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle est également opposable, dans les mêmes conditions, aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 en tant qu'elle porte sur la législation relative à la détermination de l'assiette prévue à l'article L. 242-1, au calcul du plafond prévu à l'article L. 241-3, à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, sur les dispositions des articles L. 241-10 et L. 752-3-2 ou sur tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues aux titres des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4. » ;

11° Il est rétabli un article L. 243-6-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-6-7.* – Une convention conclue pour une durée de cinq ans entre un représentant mandaté par les fédérations mentionnées à l'article L. 922-4, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et l'organisme mentionné à l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime et approuvée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture organise les opérations réalisées en commun par ces organismes pour vérifier les déclarations mentionnées au I de l'article L. 133-5-3 du présent code, demander de les rectifier ou réaliser les corrections requises.

« Cette convention garantit la simplicité et la coordination de ces procédures, notamment l'absence de vérification concomitante d'une même donnée par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 752-4, L. 922-1 et L. 922-4 du présent code et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime.

« Elle définit les modalités selon lesquelles, en cas de constat d'anomalies portant sur l'application de la législation relative à la détermination de l'assiette prévue à l'article L. 242-1 du présent code, au calcul du plafond prévu à l'article L. 241-3 ou à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ainsi que sur l'application des dispositions des articles L. 241-10 et L. 752-3-2, les organismes mentionnés à l'alinéa précédent mettent à disposition des employeurs les corrections de la déclaration mentionnée au premier alinéa du présent article. A cette fin, elle précise les modalités de mise en œuvre :

« 1° D'un traitement commun de l'information, des demandes de rectification et des réponses adressées aux cotisants ;

« 2° Des corrections prévues à l'article L. 133-5-3-1 réalisées pour le compte des organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 du présent code par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code et L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime, au moyen de la norme d'échange prévue pour transmettre la déclaration mentionnée au I de l'article L. 133-5-3 du présent code, après la procédure d'échange contradictoire prévue à l'article L. 133-5-3-1 précité. » ;

12° L'article L. 243-6-6 et le deuxième alinéa de l'article L. 921-2-1 sont rétablis dans leur rédaction en vigueur antérieurement à l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

II. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° A l'article L. 6123-5 :

a) Au 6°, les mots : « prévu à l'article L. 6353-10 et et rend compte » sont remplacés par les mots : « prévu à l'article L. 6353-10 et rend compte » ;

b) Le 15° est abrogé ;

2° A l'article L. 6131-3 :

a) Au début du premier alinéa, la numérotation « I. – » est supprimée ;

b) Le II est abrogé ;

3° A l'article L. 6332-1-2 :

a) Au début du premier alinéa, il est ajouté un I et après le mot : « également », sont insérés les mots : « collecter et » ;

b) Le troisième alinéa est supprimé ;

c) Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Les opérateurs de compétences peuvent collecter les contributions aux fonds de financement du paritarisme mentionnés au 3° de l'article L. 2253-1. Une convention conclue entre l'opérateur de compétences et l'association désignée par l'accord de la branche professionnelle concernée relatif au financement du paritarisme prévoit les modalités de collecte de cette contribution.

« Ces contributions font l'objet d'un suivi comptable distinct et les frais de recouvrement de ces contributions sont spécifiques. » ;

4° L'article L. 6332-1-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il reverse le cas échéant les contributions mentionnées au II de l'article L. 6332-1-2 aux associations de gestion mises en place par les organisations syndicales de salariés et professionnelles d'employeur des branches concernées. ».

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

A. – A l'article L. 725-3 :

1° Au début du premier alinéa, il est inséré un « I. – » ;

2° Au début du septième alinéa, il est inséré un « II. – » ;

3° Au début du onzième alinéa, il est inséré un « III. – » ;

4° Au douzième alinéa :

a) Les mots : « au onzième alinéa du présent article » sont remplacés par les mots : « à l'alinéa précédent » ;

b) Les mots : « d'une partie de ces sommes » sont remplacés par les mots : « d'une partie de ces sommes pour » ;

5° Les treizième et quatorzième alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 1° Les cotisations et contributions finançant les régimes de base de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi à la charge des salariés ou assimilés mentionnés à l'article L. 722-20 du présent code, et de leurs employeurs ;

« 2° Les versements, cotisations et contributions mentionnés aux *b*, *c* et *e* du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, à l'exception de ceux mentionnés à l'article L. 6331-48 du code du travail et de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 ;

« 3° Les contributions mentionnées aux articles L. 718-2-1 du présent code et L. 6331-53 du code du travail ;

« 4° Les cotisations mentionnées aux *a* et *b* du I du présent article. » ;

6° Au quinzième alinéa, qui devient le dix-septième, les mots : « douzième alinéa » sont remplacés par les mots : « deuxième alinéa du présent III » ;

7° Au seizième alinéa, qui devient le dix-huitième, les mots : « douzième à quatorzième alinéas » sont remplacés par les mots : « deuxième à sixième alinéas du présent III » ;

8° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le solde résultant pour la caisse centrale de la mutualité sociale agricole des dispositions du présent III, déduction faite des frais de gestion, est affecté aux branches mentionnées aux articles L. 722-8 et L. 722-27 du présent code, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture en fonction des soldes prévisionnels de ces branches. » ;

B. – Après l'article L. 725-12-2, il est inséré un article L. 725-12-3 ainsi rédigé ;

« *Art. L. 725-12-3.* – L'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale est applicable au paiement des cotisations et contributions sociales au titre des indemnités relatives aux périodes de congés des salariés des employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail et versées aux salariés relevant de la protection sociale des personnes salariées agricoles.

« Par dérogation à l'article L. 725-3 du présent code, les cotisations mentionnées au 2° de l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale sont recouvrées et contrôlées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime général. » ;

C.– La deuxième phrase de l'article L. 741-1-1 est supprimée ;

D. – L'article L. 741-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La cotisation prévue au c du 1° du I est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles, garanties et sanctions que celles prévues pour la cotisation mentionnée à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale. ».

IV. – Au premier alinéa de l'article 20 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 modifiée portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, dans sa rédaction issue de l'article 121 de la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022, les mots : « et, le cas échéant, à compter du 1^{er} janvier 2024, celles mentionnées au 5° du même I, ainsi que les contributions mentionnées au II la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 2135-10 du même code, » sont supprimés.

V. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, dans sa rédaction issue de l'article 121 de la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 précitée est ainsi modifiée :

1° A l'article 22 :

a) Le 9° du II est abrogé ;

b) Au III, les mots : « ainsi que des contributions mentionnées au 9° du II du présent article, » sont supprimés ;

2° L'article 28-9-1 est ainsi rédigé :

« Art. 28-9-1. – Pour l'application des articles L. 133-5-3 à L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale à Mayotte :

« 1° Le plafond mensuel de sécurité sociale mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-4 est celui en vigueur à Mayotte ;

« 2° La caisse de sécurité sociale de Mayotte est l'organisme de sécurité sociale destinataire de la déclaration sociale nominative en application du II *bis* de l'article L. 133-5-3 et chargé de recouvrer et contrôler cette déclaration en application de l'article L. 133-5-4. ».

VI. – Au c du 4° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, les mots : « aux cotisations d'assurance vieillesse des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents non titulaires de la fonction publique, aux cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique, aux contributions mentionnées à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, à la cotisation due au titre de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales, » sont supprimés.

VII. – Le III de l'article 7 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est abrogé.

VIII. – L'article 2 de l'ordonnance n° 2021-797 du 23 juin 2021 relative au recouvrement, à l'affectation et au contrôle des contributions des employeurs au titre du financement de la formation professionnelle et de l'apprentissage est abrogé.

IX. – Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} octobre 2024, un rapport sur la mise en œuvre des stipulations de la convention prévue à l'article L. 243-6-7 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi. Ce rapport présente également les actions devant être réalisées pour atteindre les objectifs mentionnés à ce même article.

X. – Les dispositions des I à VII du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2024. Toutefois :

1° Le 7° du I et le C du III entrent en vigueur le 1^{er} mars 2024 ;

2° Les 1° et 2° du I ainsi que les A, B et D du III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Exposé des motifs

En premier lieu, le présent article supprime le transfert prévu en 2024 aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) du recouvrement des cotisations dues à l'AGIRC-ARRCO et aux régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), conformément à l'engagement pris par le Gouvernement dans le cadre de la réforme des retraites. Cette suppression avait été adoptée en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, mais invalidée par le Conseil constitutionnel, en l'absence d'effet financier sur l'année en cours.

En deuxième lieu, il rétablit plusieurs dispositions dont la suppression était prévue en raison de ce transfert de compétences, organisent la coordination entre les organismes de recouvrement en vue de garantir aux cotisants un service simple et unifié. Les différents organismes précités devront donc, dès lors qu'ils restent chacun compétents pour l'encaissement et le contrôle des sommes dues, garantir une réponse unifiée sur les questions juridiques communes et traiter de manière coordonnée les demandes de délais de paiement des entreprises. En outre, une convention devra être conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), l'AGIRC-ARRCO ainsi que la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) afin de coordonner l'ensemble des opérations de vérification et de correction qu'ils sont amenés à réaliser sur les déclarations faites par les employeurs, est précisé. Un rapport sera remis au Parlement avant le 1^{er} octobre 2024 sur le contenu de cette convention.

En troisième lieu, le présent article supprime la possibilité de confier aux URSSAF à compter de 2024 le recouvrement des contributions conventionnelles de formation professionnelle (675 M€) et de dialogue social (125 M€) des Opérateurs de Compétences (OPCO) dans la mesure où elle n'est pas opérante en raison de l'hétérogénéité des règles qui définissent ces cotisations.

En dernier lieu, la mesure poursuit la rationalisation des déclarations sociales en appliquant pour les régimes agricoles les dispositions de l'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. L'article prévoit également la mise en œuvre de la déclaration sociale nominative (DSN) sur les revenus salariaux et de remplacement à Mayotte en 2024 ainsi que la suppression d'une formalité concernant les entreprises sans établissement en France incompatible avec la mise en place du guichet unique de création des entreprises. Enfin, il aligne les modalités de reversement des cotisations prélevées par les caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) pour le compte de ses partenaires sur les modalités simplifiées applicables pour le régime général depuis 2022. Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

Article 9

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

1° A l'article L. 134-1 :

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

« Pour les besoins de cette compensation, les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 sont distinguées, au sein du régime général, des autres catégories d'affiliés à ce régime. »

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

« Pour le calcul de cette compensation, le régime général en tant que régime d'affiliation des personnes autres que les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 et les régimes spéciaux dont il assure l'équilibre financier en application du 3° de l'article L. 134-3, forment un ensemble unique. Les transferts relatifs à cet ensemble sont à la charge ou au bénéfice du seul régime général. » ;

2° A l'article L. 134-3 :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'ensemble » sont remplacés par les mots : « le solde » ;

b) Après le 2°, il est ajouté un 3° ainsi rédigé :

« 3° A compter du premier exercice au terme duquel leurs fonds propres sont négatifs :

« a) Du régime mentionné à l'article L. 142-9 du code monétaire et financier ;

« b) Du régime spécial de retraite du personnel de la société nationale SNCF et ses filiales relevant du I de l'article L. 2101-2 du code des transports ;

« c) Du régime mentionné à l'article L. 2142-4-2 du code des transports ;

« d) Du régime prévu par l'article 1^{er} de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires ;

« e) Du régime institué par la loi n° 57-761 du 10 juillet 1957 portant modification de certaines dispositions de la loi du 6 janvier 1950 en ce qui concerne le statut du Conseil économique ;

« f) Du régime mentionné à l'article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières ;

« g) Du régime mentionné à l'article 171 de la loi n° 46-2154 du 7 octobre 1946 portant ouverture et annulation de crédits sur l'exercice 1946 ;

« h) Du régime institué par l'article 3 de l'ordonnance n° 59-80 du 7 janvier 1959 portant réorganisation des monopoles fiscaux des tabacs et allumettes ;

« i) Les régimes des agents des chemins de fer d'Afrique du Nord et d'outre-mer ;

« j) Du régime des personnels de l'Office de radiodiffusion-télévision française. » ;

3° Après le 6° de l'article L. 241-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 7° Une contribution des régimes de retraite complémentaire mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code dont le montant est fixé par une convention entre ces régimes et le régime général, approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du travail et du budget au titre de la solidarité financière au sein du système de retraite. A compter du 1^{er} janvier 2025, à défaut de fixation par une telle convention, au 30 juin de l'exercice en cours, de la contribution due par les régimes de retraite complémentaire pour tenir compte des conséquences financières, pour chacun des organismes, de la fermeture des régimes spéciaux mentionnés aux *a* à *f* du 3° de l'article L. 134-3, un décret fixe le montant de cette contribution au titre de cet exercice. »

II. – Le IX de l'article 25 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est abrogé.

III. – Après le premier alinéa de l'article L. 4163-21 du code du travail, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les personnels relevant du statut mentionné à l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 sur la nationalisation de l'électricité et du gaz, les personnels relevant du statut particulier mentionné à l'article L. 2142-4-1 du code des transports et les agents titulaires de la Banque de France, ces dépenses sont couvertes par une contribution de leurs employeurs assise sur les revenus d'activité pris en compte dans l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. »

IV. – La loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires est ainsi modifiée :

1° Au paragraphe 2 de l'article 1^{er} :

a) Au troisième alinéa, les mots : « sans aucune interruption » sont supprimés ;

b) Après le troisième alinéa sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Un décret fixe la liste des congés qui permettent le maintien de l'affiliation à ce régime d'assurance vieillesse après le 1^{er} septembre 2023 alors même qu'ils ne donnent lieu ni au versement de cotisations ni à la constitution de droits à pension dans ce régime.

« En cas de rupture du contrat de travail après le 1^{er} septembre 2023, l'affiliation est maintenue pendant un mois si la rupture est à l'initiative du salarié ou d'un commun accord, pendant un an si elle est à l'initiative de l'employeur, ou, si elle intervient plus tôt, jusqu'à la reprise d'une activité entraînant affiliation auprès d'un autre régime de sécurité sociale.

« Pour les clerks et employés de notaire ayant suspendu ou cessé leur activité avant le 1^{er} septembre 2023, l'affiliation au régime d'assurance vieillesse est maintenue après cette date, quelle que soit la cause de la suspension ou de l'interruption du contrat de travail, lorsque celle-ci n'a pas excédé une durée de dix ans. » ;

2° Au 4° du premier paragraphe de l'article 3, les mots : « du 2° du III de l'article L. 136-2 » sont remplacés par les mots : « du 1° du II de l'article L. 136-1-2 ».

V. – La loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières est ainsi modifiée :

1° Au I de l'article 16 :

a) Au premier alinéa, les mots : « sans aucune interruption » sont supprimés ;

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

« Un décret fixe la liste des congés qui permettent le maintien de l'affiliation à ce régime d'assurance vieillesse après le 1^{er} septembre 2023 alors même qu'ils ne donnent lieu ni au versement de cotisations ni à la constitution de droits à pension dans ce régime.

« En cas de rupture du contrat de travail après le 1^{er} septembre 2023, l'affiliation est maintenue pendant un mois si la rupture est à l'initiative du salarié ou d'un commun accord, pendant un an si elle est à l'initiative de l'employeur, ou, si elle intervient plus tôt, jusqu'à la reprise d'une activité entraînant affiliation auprès d'un autre régime de sécurité sociale.

« Pour les salariés ayant suspendu ou cessé leur activité avant le 1^{er} septembre 2023, l'affiliation au régime d'assurance vieillesse est maintenue après cette date, quelle que soit la cause de la suspension ou de l'interruption du contrat de travail, lorsque celle-ci n'a pas excédé une durée de dix ans. » ;

c) Au deuxième alinéa, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa » ;

2° Le premier alinéa du V de l'article 18 est ainsi rédigé :

« Les taux de la contribution tarifaire sont fixés par les ministres chargés de l'énergie, du budget et de la sécurité sociale, après avis de la Commission de régulation de l'énergie. Ils sont compris : ».

VI. – Les dispositions du 3° du I et des III, IV et V du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2024.

Les autres dispositions du I et celles du II sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2025.

Exposé des motifs

La fermeture des principaux régimes spéciaux de retraite par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 pour les personnes recrutées à compter du 1^{er} septembre 2023 et l'affiliation des nouveaux cotisants au régime général nécessitent de revoir le financement entre régimes, puisque les recettes de ces régimes décroîtront progressivement alors qu'ils continuent de devoir verser des pensions au titre des retraités actuels et des salariés qui y resteront affiliés.

Les modalités actuelles de financement des régimes spéciaux étant caractérisées par une grande hétérogénéité, cette fermeture donne l'occasion de simplifier les différents mécanismes qui se superposent aujourd'hui. Ainsi, les régimes seront financièrement intégrés à compter du 1^{er} janvier 2025 au régime général de sécurité sociale, qui sera désormais chargé d'assurer leur équilibre lorsque les ressources du régime ne permettent pas de le garantir.

Les informations portées en annexes aux lois de financement de la sécurité sociale détailleront l'ensemble des facteurs expliquant le besoin de financement, notamment la part liée à la situation démographique et aux droits spécifiques. Cette opération sera neutralisée, pour le régime général, par le transfert par l'État des ressources équivalentes qui étaient aujourd'hui consacrées par ce dernier à cet équilibre.

La sécurisation du schéma de fermeture des régimes spéciaux s'accompagne également de la prise en charge financière des nouveaux embauchés pour le bénéfice du compte professionnel de prévention (C2P) par les régimes auxquels ils resteront affiliés au titre du risque AT-MP.

Enfin, il est proposé d'apporter des clarifications sur les conditions de maintien d'affiliation à leur régime spécial de retraite des salariés des industries électriques et gazières et du notariat lorsqu'ils cessent temporairement d'être en activité au sein d'une entreprise relevant de ces régimes.

Article 10

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

1° A l'article L. 131-8 :

a) Au 1° :

– au deuxième alinéa, le taux : « 53,37 % » est remplacé par le taux : « 55,57 % » ;

– au troisième alinéa, le taux : « 16,87 % » est remplacé par le taux : « 16,36 % » ;

– au quatrième alinéa, le taux « 25,19 % » est remplacé par le taux « 22,99 % » ;

– au cinquième alinéa, le taux : « 4,57 % » est remplacé par le taux : « 5,08 % » ;

b) Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Le produit des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques prévues au 1° de l'article L. 421-94 du code des impositions sur les biens et services est affecté :

« a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour 24,10% ;

« b) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2, pour 75,90 % ; »

c) Au 8° :

– au deuxième alinéa, après le mot : « affecté », sont insérés les mots : « à la Caisse nationale de l'assurance maladie, au titre » ;

– au troisième alinéa, les mots : « a) Au fonds » sont remplacés par les mots : « a) Du financement du fonds » ;

– au quatrième alinéa, les mots : « b) Au fonds » sont remplacés par les mots : « b) Du financement du fonds » ;

– le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

« c) A hauteur du solde du produit résultant des affectations mentionnées aux a et b du présent 8°, du financement des charges de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ; »

2° Au II de l'article L. 223-9, le taux : « 2,00 % » est remplacé par le taux : « 1,87 % ».

3° Au 7° bis de l'article L. 225-1-1, après les mots : « De compenser » sont insérés les mots : « , dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget, » ;

4° Le II de l'article L. 225-6 est complété par une phrase ainsi rédigée : « La répartition entre les recettes affectées aux dépenses de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale prévues respectivement par les dispositions du 7° et du 7° bis de l'article L. 225-1-1 est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en tenant compte du niveau des compensations prévues par ces dispositions. »

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

1° Au 3° de l'article L. 731-3, le taux : « 26,02 % » est remplacé par le taux : « 24,51 % » ;

2° Au troisième alinéa de l'article L. 732-58, le taux : « 27,38 % » est remplacé par le taux : « 28,89 % ».

III. – L'article 75 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :

1° Le II est ainsi rédigé :

« II. – 1° A compter du 1^{er} janvier 2024, le taux : “7,70 %” est remplacé par le taux : “7,39 %” ;

« 2° A compter du 1^{er} janvier 2025, le taux : “7,39 %” est remplacé par le taux : “7,57 %” ;

« 3° A compter du 1^{er} janvier 2026, le taux : “7,57 % ” est remplacé par le taux : “7,75 %” ;

« 4° A compter du 1^{er} janvier 2027, le taux : “7,75 %” est remplacé par le taux : “7,93 %” ;

« 5° A compter du 1^{er} janvier 2028, le taux : “7,93 %” est remplacé par le taux : “8,10 %”. »

2° Au III, les mots : « Les I et II du présent article » sont remplacés par les mots : « Le I du présent article et son II, dans sa rédaction issue de la loi n° de financement de la sécurité sociale pour 2024, ».

IV. – Les dispositions du 3° et du 4° du I, ainsi que les mesures réglementaires prises pour leur application, entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

V. – Les dispositions des I à III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Exposé des motifs

Le présent article modifie certaines affectations de recettes entre branches et régimes de sécurité sociale et les relations financières entre les administrations de sécurité sociale, notamment avec le régime d'assurance chômage et le régime de retraite complémentaire des exploitants agricoles.

En premier lieu, le présent article modifie les affectations de recettes aux branches de la sécurité sociale à compter de 2024 en cohérence avec les évolutions de leurs charges et leur situation financière.

À cet égard, le présent article modifie, à compter de l'année 2024, les fractions de taxe sur les salaires affectées respectivement aux branches maladie, vieillesse, autonomie et famille. D'une part, ces ajustements permettent d'augmenter le transfert entre la branche famille et la branche autonomie, prévu par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, au titre du financement de l'assurance vieillesse aidants (AVA) pour tenir compte du coût en année pleine de la mesure. D'autre part, ils permettent d'affecter à la branche vieillesse les économies dégagées par la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique de l'Etat, reversé à la sécurité sociale via une majoration de la fraction de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée à la branche maladie en loi de finances.

L'article affecte également au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles une fraction supplémentaire de produits de droits sur les alcools afin de financer de manière pérenne la mesure d'assouplissement des conditions d'accès aux points gratuits de la retraite complémentaire des non-salariés agricoles, prévue en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

Il modifie par ailleurs l'affectation des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques pour transférer de la branche famille à la branche maladie le produit supplémentaire découlant de la mesure de hausse de ces taxes prévue en projet de loi de finances pour 2024.

En deuxième lieu, le présent article procède à diverses révisions d'affectation de recettes, de détermination des dépenses par affectation de recettes et de modalités de compensation à des fins de mise en conformité aux textes ou de réallocation de ressources.

Dans cette perspective, le présent article précise les modalités de l'affectation de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) pour tenir compte des règles d'affectation des taxes prévues par loi organique du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques. La TSA est ainsi affectée directement à la branche maladie qui en reversera le produit aux fonds de financement de la complémentaire santé solidaire (C2S) et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), dans les mêmes conditions qu'avant l'entrée en vigueur du présent article.

Par ailleurs, le présent article met en cohérence les recettes et les dépenses de la branche autonomie pour tirer les conséquences de l'affectation supplémentaire de 0,15 point de contribution sociale généralisée (CSG) de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui entrera en vigueur au 1er janvier 2024 conformément à la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Enfin, le présent article révisé les modalités de la compensation des allègements généraux à l'Unédic à compter de 2023 en la minorant d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget. Cette révision tient compte de la situation excédentaire du régime d'assurance chômage en 2023 et pour les années suivantes, liée à l'amélioration du marché de l'emploi, avec 1,7 million de créations nettes d'emplois en six ans, et aux réformes du régime mises en place par le Gouvernement en l'absence d'accord des partenaires sociaux ces dernières années. Cette situation permet la réaffectation d'une partie des recettes actuelles de l'Unédic vers les politiques en faveur du développement des compétences et d'accès à l'emploi. L'objectif est ainsi d'atteindre 1 million de nouveaux contrats d'apprentissage à l'horizon 2027 et de renforcer l'accompagnement des demandeurs d'emploi et aider les entreprises à recruter, par la création de France Travail. Ces dépenses nouvelles induiront un effet positif sur le solde de l'Unédic puisqu'elles contribuent au plein emploi et accroissent ses recettes, tout en minorant ses dépenses en matière d'allocations chômage.

CHAPITRE III

AMÉLIORER LA LISIBILITÉ DE LA RÉGULATION MACROÉCONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ

Article 11

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

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

a) Le I est ainsi rédigé:

« I. – Les entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques mentionnées au II du présent article sont assujetties à une contribution lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie aux assurés sociaux au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, ainsi que des marges prévues par les décisions prises sur le fondement de l'article L. 162-38 du présent code et des honoraires de dispensation définis à l'article L. 162-16-1 et des taxes en vigueur, est supérieur à un montant M déterminé par la loi. » ;

b) Le II est ainsi modifié :

i) Au premier alinéa, les mots : « des chiffres d'affaires mentionnés » sont remplacés par les mots : « du montant remboursé par l'assurance maladie mentionné » ;

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

« 4° Ceux bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 » ;

iii) Le 4° devient un 5° ;

iv) Le 5° devient un 6° ;

v) Le 6° devient un 7° ;

2° L'article L. 138-11 est ainsi rédigé

« *Art. L. 138-11.* – L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-10 est égale au montant remboursé par l'assurance maladie déterminé dans les conditions prévues au premier alinéa du I de cet article.

« La Caisse nationale d'assurance maladie, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation et l'Agence nationale de santé publique transmettent à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les éléments permettant le calcul de cette assiette ainsi que du montant remboursé par l'assurance maladie, déterminé dans les mêmes conditions, pour chaque entreprise mentionnée au I de l'article L. 138-10.

« Le Comité économique des produits de santé transmet à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au premier alinéa du I de l'article L. 138-10 pour les entreprises redevables. » ;

3° L'article L. 138-12 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-12. – I. –* Le montant total de la contribution prévue à l'article L. 138-10 est égal à 90 % de la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie et le montant M tels que définis au I de cet article.

« II. – Le montant de la contribution due par chaque entreprise mentionnée au I de l'article L. 138-10 est déterminé :

« 1° A concurrence de 70 %, au prorata du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elle exploite, importe ou distribue au sein du montant total remboursé par l'assurance maladie défini au premier alinéa du I de l'article L. 138-10 ;

« 2° A concurrence de 30 %, en fonction de la progression du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue par rapport à l'année précédente définie au premier alinéa du I de l'article L. 138-10.

« III. – Le montant de la contribution est minoré, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13.

« Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part mentionnée au 2° du II, sauf si la création résulte de la scission ou de la fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

« Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 12 % du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elle exploite, importe ou distribue. » ;

4° L'article L. 138-13 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa :

i) Les mots : « de leur chiffre d'affaires réalisé » sont remplacés par les mots : « du montant remboursé par l'assurance maladie » ;

ii) Les mots : « signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, » sont remplacés par les mots : « être exonérées » ;

iii) Après les mots : « et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 du présent code, », sont insérés les mots : « d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « chiffre d'affaires de l'entreprise calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 » sont remplacés par les mots : « montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite calculé selon les modalités prévues au premier alinéa du I de l'article L. 138-10 » ;

5° A l'article L. 138-15 :

a) Au I :

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

« Avant le 15 juillet de l'année suivant celle pour laquelle la contribution est due, la Caisse nationale d'assurance maladie, l'agence technique de l'information sur les hospitalisations et l'Agence nationale de santé publique communiquent à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que chaque entreprise redevable exploite, importe ou distribue. » ;

ii) Au deuxième alinéa, les mots : « à l'organisme mentionné au premier alinéa du présent I les éventuelles différences identifiées avec les données dont il dispose au titre des missions mentionnées à l'article L. 162-17-3. Dans ce même délai, le comité communique » sont supprimés ;

iii) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« L'agence centrale des organismes de sécurité sociale communique sans délai aux entreprises redevables concernées la liste des médicaments pris en compte dans le calcul du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elles exploitent, importent ou distribuent. » ;

b) Au IV :

i) Au premier alinéa, les mots : « la date de déclaration mentionnée au premier alinéa du I ou » sont supprimés, et le mot : « déclaration » est remplacé par le mot : « correction » ;

ii) Au deuxième alinéa, les mots : « du dernier chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par l'entreprise » sont remplacés par les mots : « du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue ».

6° A l'article L. 138-19-12, le mot : « juillet » est remplacé par le mot : « novembre » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, après les références : « L. 138-1, L. 138-10, L. 138-19-1, », il est insérée la référence : « L. 138-19-8, ».

II. – Pour l'année 2024, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 26,4 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2024, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,31 milliards d'euros.

IV. – Les médicaments indiqués dans le traitement de la maladie à coronavirus 19 (covid-19), dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont exclus du champ d'application du 6° du II de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du même article réalisés au cours de l'année civile 2024.

V. – Les dispositions du *a* et *i* du *b* du 1°, du 2°, du 3°, du *i* et *ii* du *a* et du *b* du 4° ainsi que du 5° entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Exposé des motifs

L'objectif de la clause de sauvegarde est de réguler les dépenses de produits de santé, en responsabilisant collectivement les entreprises du secteur sur le montant des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Dès lors que les dépenses occasionnées par l'ensemble des laboratoires dépassent un montant fixé par la loi, une contribution fiscale est appelée auprès des entreprises du secteur. Actuellement, le seuil de déclenchement de la clause, ainsi que la contribution appelée pour chaque entreprise si la clause se déclenche ne reposent pas sur la même définition pour tous les produits de santé. Pour le secteur du médicament elle repose sur le chiffre d'affaires net déclaré par les laboratoires, tandis que pour le secteur du dispositif médical (DM) elle est construite au regard des montants remboursés nets par l'assurance maladie pour les produits hospitaliers inscrits sur la liste en sus. Par ailleurs les calendriers d'appel des contributions en cas de déclenchement de la clause diffèrent entre ces deux secteurs.

Le présent article propose de rapprocher le fonctionnement de ce mécanisme dans ces deux secteurs, en exprimant la clause de sauvegarde portant sur le secteur du médicament en montants remboursés par l'assurance maladie, et non plus en chiffre d'affaires. Cette évolution s'appuie sur la proposition de la mission sur la régulation des produits de santé, qui a été confiée par la Première ministre à six personnalités qualifiées. Cette mesure constituera une source importante de simplification du dispositif, tout en donnant davantage de visibilité aux différents acteurs, sans effet financier sur l'ONDAM. Elle s'inscrit dans la volonté d'allègement des procédures administratives, et d'amélioration de la lisibilité de la clause de sauvegarde. Il est également proposé d'aligner les calendriers d'appel et de paiement de la contribution entre le secteur du médicament et du dispositif médical, et de préciser dans la loi l'organisme chargé de l'appel et du recouvrement de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde relative aux dispositifs médicaux en cas de déclenchement.

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

Article 12

Est approuvé le montant de 7,1 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 4 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Exposé des motifs

Les crédits ouverts sur le budget de l'État en compensation d'exonérations s'élèvent à 7,1 milliards d'euros en 2024. Ce montant est en hausse par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2023, qui s'élevaient à 6 milliards d'euros. Cette évolution tient à l'augmentation du coût de certaines exonérations ciblées, en particulier les déductions sur les heures supplémentaires, dont le régime a été réformé dans le cadre de la loi portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat du 16 août 2022, mais aussi les exonérations sur les contrats d'apprentissage et celles bénéficiant aux employeurs en outre-mer.

Article 13

I. – Pour l'année 2024 est approuvé 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	242,7	251,9	-9,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,1	16,0	1,2
Vieillesse	287,8	293,7	-5,9
Famille	58,8	58,0	0,8
Autonomie	41,2	39,9	1,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	629,5	641,4	-11,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	630,7	641,8	-11,2

II. – Pour l'année 2024 est approuvé le tableau d'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	21,4	20,6	0,8

Exposé des motifs

Le solde de l'ensemble des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) atteindrait -11,2 milliards d'euros en 2024. Les dépenses connaîtraient un ressaut significatif (+5,1%) en raison de la revalorisation soutenue des prestations versées en 2024 (5,2 % au 1^{er} janvier pour les pensions de retraite et 4,6 % au 1^{er} avril pour les autres prestations) en raison de la prise en compte de l'inflation attendue en 2023 (+4,8 % au sens de l'indice des prix à la consommation harmonisé). L'ONDAM hors dépenses de crise sanitaire progresserait par ailleurs de 3,2 %. Les recettes croîtraient à un rythme légèrement inférieur (4,7 %) à celui des prestations, soutenues par la masse salariale du secteur privé (+3,9 %) mais aussi par l'affectation à la CNSA de 2,6 milliards d'euros (0,15 point) de CSG en provenance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), comme prévu par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Article 14

I. – Pour l'année 2024, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2024, 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

III. – Pour l'année 2024, 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

En 2024, la dette restant à amortir par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait s'élever à 137,9 milliards d'euros, 258,6 milliards d'euros ayant déjà été amortis.

Avec le transfert de 8,8 milliards d'euros en 2024 au titre de l'exercice 2023, l'année 2024 marquera la fin des transferts prévus par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Article 15

Sont habilités en 2024 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 :

<i>(En millions d'euros)</i>	
	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	45 000
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} au 31 janvier 2024	595
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} février au 31 décembre 2024	350
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	450
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	11 000

Exposé des motifs

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 45 milliards d'euros pour l'exercice 2024, soit le même montant qu'en 2023. Ce plafond constitue un maximum. Le recours effectif à des ressources non permanentes sera en moyenne nettement inférieur.

Les ressources mobilisées par l'ACOSS doivent permettre de couvrir également, outre l'ensemble des besoins de financement du régime général de sécurité sociale, ceux 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, auxquels l'ACOSS est autorisée à accorder des avances de trésorerie.

Compte tenu d'une amélioration de sa situation financière, les besoins de trésorerie de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) seront nuls en 2024, à la différence de l'année précédente.

Le niveau de ressources non permanentes auquel pourra recourir la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) est fixé à 595 millions d'euros pour la période courant du 1^{er} janvier au 31 janvier, puis à 350 millions d'euros pour le reste de l'année 2024. Le premier plafond permettra à la caisse de couvrir ses engagements avant qu'elle encaisse le premier versement de la subvention d'équilibre de l'État au régime de retraite.

Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est quant à lui fixé à 450 millions d'euros, soit le même plafond qu'en 2023. Les besoins de financement du régime ont été très fortement réduits ces dernières années par la reprise des déficits cumulés de la branche maladie, grâce à l'intégration financière au régime général prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Enfin, le besoin de financement de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL) s'accroîtrait notablement par rapport à 2023, en raison d'une nouvelle dégradation du solde prévisionnel et de ses déficits passés. Cette perspective défavorable conduit à relever le plafond d'emprunt de la CNRACL à 11 milliards d'euros en 2024.

L'annexe 3 au présent projet de loi détaille les besoins de financement effectifs des organismes.

Article 16

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2024 à 2027), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, 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 A 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 2027, et notamment les données macro-économiques qui déterminent le niveau des recettes et des dépenses, ainsi que la montée en charge des mesures portées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

**TROISIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2024**

**TITRE I^{er}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES**

**CHAPITRE I^{er}
POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR RENFORCER LA PRÉVENTION
ET L'ACCÈS AUX SOINS**

Article 17

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

1° La section 8 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-38-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-38-1.* – I. – Par dérogation aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9 et L. 162-16-1, lorsqu'ils interviennent au sein d'un établissement scolaire dans le cadre d'une campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains organisée par les établissements et organismes désignés par les agences régionales de santé, les professionnels suivants sont rémunérés par un organisme local d'assurance maladie dans des conditions et à hauteur d'un montant forfaitaire fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale :

1° Les médecins, infirmiers diplômés d'Etat, sages-femmes diplômées d'Etat et pharmaciens en exercice dans l'un des cadres mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 qui interviennent en dehors de leurs conditions habituelles d'exercice ou en dehors de leur obligation de service, ou retraités ;

2° Les étudiants en troisième cycle des études de médecine et ceux en troisième cycle des études pharmaceutiques, mentionnés à l'article L. 6153-5 du code de la santé publique.

« II. – Lorsqu'ils ne sont pas affiliés en tant que travailleurs indépendants au titre d'une autre activité, les professionnels mentionnés au I sont affiliés à la sécurité sociale au titre de leur participation à cette campagne dans les conditions suivantes :

« 1° Les médecins, salariés ou agents publics, qui participent à la campagne nationale de vaccination en dehors de l'exécution de leur contrat de travail ou de leurs obligations de service, les médecins retraités et les étudiants en médecine sont affiliés au régime général de sécurité sociale dans les conditions applicables aux travailleurs indépendants, ainsi qu'aux régimes prévus aux articles L. 640-1, L. 644-1 et L. 646-1. Les cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations issues de cette activité sont calculées sur la base d'un taux global fixé dans les conditions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 642-4-2 ;

« 2° Les personnes ne relevant pas du 1° du présent II sont affiliées au régime général dans les conditions applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 311-2. Ces personnes sont redevables de cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations perçues diminuées d'un abattement forfaitaire, fixé par décret, qui ne peut être inférieur à l'abattement prévu au premier alinéa du 1 de l'article 102 *ter* du code général des impôts ni supérieur au plus élevé des abattements prévus à la première phrase du cinquième alinéa du 1^{er} de l'article 50-0 du même code.

« Les cotisations et contributions sociales dues par les professionnels mentionnés au présent II sont précomptées par l'organisme local d'assurance maladie qui les rémunère pour le compte des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. Les dispositions relatives aux garanties et aux sanctions prévues pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales du régime général leur sont applicables. » ;

2° A l'article L. 160-14, après le 28°, il est inséré trois alinéas ainsi rédigés :

« 29° Pour les frais d'acquisition du vaccin contre les infections à papillomavirus humains pour les personnes vaccinées dans le cadre des campagnes nationales de vaccination dans les établissements scolaires ;

« 30° Pour les frais d'acquisition du vaccin contre la grippe pour les personnes pour lesquelles cette vaccination est recommandée dans le calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 3111-1 du code de la santé publique ;

« 31° Pour les frais d'acquisition du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, pour les personnes âgées de moins de 18 ans. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024. Le 1° du I s'applique aux rémunérations perçues à compter du 1^{er} octobre 2023 dans le cadre de la campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains. Le premier alinéa du 2° du I s'applique aux vaccins administrés à compter du 1^{er} octobre 2023.

Exposé des motifs

Le Président de la République a annoncé le 28 février 2023 la généralisation d'une campagne nationale de vaccination gratuite contre les infections à papillomavirus humains (HPV) pour tous les élèves de cinquième. La couverture vaccinale contre le HPV reste, en effet, insuffisante en France alors que l'Organisation mondiale de la santé préconise une couverture vaccinale à 90%. L'organisation de cette vaccination en milieu scolaire permettra de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Afin de permettre le déploiement de cette campagne dans tous les collèges, la présente mesure instaure la possibilité pour l'assurance maladie de rémunérer directement les professionnels de santé libéraux, ainsi que les professionnels salariés, agents publics, étudiants et retraités mobilisés pour la vaccination *via* des vacations dont les tarifs seront fixés par arrêté et non par la voie conventionnelle à l'instar de la campagne contre la covid-19, afin de permettre rapidement aux professionnels de santé disposant de la compétence vaccinale (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens) de participer à cette campagne de vaccination. La vaccination sera prise en charge intégralement par l'assurance maladie.

Par ailleurs, en cohérence avec cette prise en charge intégrale par l'assurance maladie des campagnes nationales de vaccination contre le HPV au collège, la mesure prévoit expressément dans la loi la suppression de participation des assurés pour certains vaccins (grippe, ROR) en mettant fin à la prise en charge dérogatoire assurée jusqu'à présent par le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS). Ce transfert sera sans impact sur les assurés qui bénéficient déjà dans les faits d'une prise en charge à 100% mais permettra une simplification juridique et opérationnelle.

Article 18

I. – L'article L. 5134-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au I :

a) Au premier alinéa, après les mots : « l'administration de contraceptifs », sont insérés les mots : « ainsi que pour la délivrance de préservatifs » ;

b) Au deuxième alinéa, après les mots : « La délivrance de contraceptifs », sont insérés les mots : « et de préservatifs » ;

2° Le IV est ainsi rédigé :

« IV. – Lorsqu'ils sont dispensés en officine, le remboursement ou la prise en charge par les organismes de sécurité sociale des médicaments et dispositifs médicaux suivants ainsi que leur prise en charge sans avance de frais ne sont pas subordonnés à leur prescription :

« 1° Les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. La délivrance de ces médicaments est accompagnée d'une information écrite, concise et aisément compréhensible mentionnant obligatoirement la consultation prévue aux articles L. 162-8-1 et L. 162-4-5 du même code ;

« 2° Pour les assurés de moins de vingt-six ans, les préservatifs inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du même code. »

II. – Le 21° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 21° Pour les frais d'acquisition de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et, pour les assurés âgés de moins de vingt-six ans, pour les frais d'acquisition d'autres contraceptifs et de préservatifs, les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1, les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle, ainsi que, selon des modalités prévues par décret notamment en ce qui concerne le nombre de préservatifs délivrés, les frais d'acquisition de préservatifs inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ; ».

Exposé des motifs

Le Gouvernement a fait de la prévention en santé une priorité, et le Président de la République a annoncé dès décembre 2022 que l'accès aux préservatifs serait gratuit en pharmacie pour les jeunes de moins de 26 ans. Le Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023 – 2027 prévoit également l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des jeunes à travers le renforcement de l'accès à la contraception et à la prévention tant pour prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST) que les grossesses non-désirées.

Le présent article permet la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire et en tiers-payant des frais liés à l'achat des préservatifs pour les jeunes de moins de 26 ans.

Article 19

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elle comporte également la couverture des frais relatifs aux protections périodiques réutilisables inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-59 pour les assurées de moins de 26 ans ou bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 160-13, la référence aux 1°, 2° et 8° de l'article L. 160-8 est complétée par la référence à l'avant-dernier alinéa du même article ;

3° Le chapitre 2 du titre VI du livre I^{er} est complété par une section 13 ainsi rédigée :

« Section 13 « Protections périodiques réutilisables

« Art. L. 162-59. – La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie des produits de protections périodiques réutilisables est subordonnée à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article.

« L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa est effectuée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans des conditions permettant l'identification individuelle des produits.

« Cette inscription fait suite à une demande présentée par l'exploitant du produit. Elle est subordonnée à son référencement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon des critères, qu'ils fixent, fondés sur le respect de spécifications techniques et de normes relatives à la composition des produits, sur leur qualité et sur leurs modalités de distribution.

« La décision d'inscription sur la liste peut également tenir compte de l'intérêt des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie, compte tenu des caractéristiques du produit au regard des critères mentionnés à l'alinéa précédent et des conditions économiques du marché des protections hygiéniques réutilisables.

« Les critères de référencement, ainsi que les conditions d'inscription sur la liste, peuvent être adaptées en fonction des catégories de produits.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les catégories de produits pouvant être inscrits sur la liste, les modalités de leur référencement et de leur inscription et le nombre de produits pouvant être délivrés aux assurées, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Art. L. 162-60. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent, par arrêté, pour chaque produit inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-59, le tarif servant de base au calcul des prestations prévues au 9° de l'article L. 160-8 ainsi que le prix maximal de vente au public. Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.

« Art. L. 162-61. – Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut à tout moment procéder ou faire procéder sous son autorité, le cas échéant en associant des caisses primaires d'assurance maladie ou des organismes compétents désignés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au contrôle du respect des spécifications techniques et des normes relatives à la composition des produits auxquelles l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-59 est subordonnée.

« Dans le cas où un manquement est constaté, la procédure prévue aux II à IV de l'article L. 165-5-1-1 est applicable. » ;

4° Le troisième alinéa de l'article L. 871-1 est complété par la phrase : « Pour les prestations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 160-8, cette prise en charge est facultative. » ;

5° Le I de l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est complété par un 17° ainsi rédigé :

« 17° La couverture des frais relatifs aux protections périodiques réutilisables inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale pour les assurées de moins de 26 ans ou bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1. »

Exposé des motifs

La précarité menstruelle concerne aujourd'hui 44% des femmes les plus jeunes (18-24 ans). Dans un contexte économique d'inflation, cette situation pourrait encore se dégrader. L'une des conséquences sanitaires est un risque accru de choc toxique du fait de protections portées au-delà du temps recommandé.

Le présent article traduit l'engagement du Gouvernement de mettre en place un remboursement des protections hygiéniques réutilisables pour toutes les femmes de moins de 26 ans, afin de répondre à cet enjeu d'égalité et de santé publique. Cette mesure s'inscrit dans la continuité des engagements déjà pris par le Gouvernement contre la précarité menstruelle via la mise à disposition gratuite de protections périodiques au sein des établissements scolaires, des établissements pénitenciers et des associations d'accueil pour les personnes sans domicile fixe.

La mesure est complétée par une prise en charge de ces protections pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire qui constituent un public particulièrement fragile et également touché par le risque de précarité menstruelle. En assurant la prise en charge de leurs protections réutilisables pour les femmes de moins de 26 ans et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, cette mesure garantira à toutes l'accès à des produits respectueux de leur santé et de l'environnement.

Article 20

I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique, les mots : « peut être utilisée » sont remplacés par les mots : « ou le télésoin peuvent être utilisés » ;

II. – Après l'article L. 162-38 code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-38-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-38-1.* – Par dérogation aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé définit :

« 1° La liste des professionnels qui peuvent réaliser les rendez-vous de prévention prévus à l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique ;

« 2° Le montant des tarifs de ces rendez-vous de prévention, pratiqués et pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie ;

« 3° Les conditions de facturation de ces rendez-vous par les professionnels, notamment les conditions dans lesquelles ces derniers sont autorisés à facturer à l'occasion de la réalisation du rendez-vous de prévention des actes ou des prestations complémentaires. »

Exposé des motifs

Afin d'accompagner les assurés dans leurs démarches de prévention, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a mis en place des rendez-vous de prévention à des âges clés de la vie. Ils doivent permettre à chaque citoyen de devenir acteur de sa santé et ainsi promouvoir des comportements favorables à la santé, et ainsi d'amorcer un réel virage préventif du système de santé.

Au regard de son contenu essentiellement motivationnel et non médicalisé, ce rendez-vous pourra être réalisé par différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens). Cette diversité de professionnels permettra aussi de multiplier les possibilités de réaliser ces rendez-vous, en palliant les difficultés d'accès à certains professionnels dans certaines zones, et en tenant compte aussi des préférences des Français. Ces rendez-vous concernant plusieurs professions de santé, il est difficile de recourir à des négociations conventionnelles classiques. C'est pourquoi il est proposé de recourir à la loi afin de préciser les conditions de réalisation de ces rendez-vous au regard à la fois de la volonté de pouvoir les déployer rapidement au bénéfice de la population et de l'ambition de proposer un dispositif transverse aux différentes professions (médecins, infirmiers, sages-femmes et pharmaciens notamment). Les modalités précises de mise en œuvre et les montants des rendez-vous de prévention seront fixés par arrêté.

Article 21

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 861-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° du même article L. 861-1, dans des conditions déterminées par décret :

« 1° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-1 ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, à condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence ;

« 2° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-24 ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, à condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence ;

« 3° Les bénéficiaires de l'allocation prévue aux articles L. 821-1 et L. 821-2 versée à taux plein, vivant seuls et sans enfant à charge, à condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante ou une activité dans un établissement ou service d'aide par le travail mentionné par le 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, pendant une période de référence et ne bénéficient pas à la fois du complément de ressources prévu à l'article L. 821-1-1 du présent code dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 et de l'une des aides personnelles au logement prévues à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitat;

« 4° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 5423-1 du code du travail, vivant seuls et sans enfant à charge ;

« 5° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 5131-6 du code du travail lorsqu'ils constituent ou sont rattachés à un foyer fiscal non imposable à l'impôt sur le revenu. »

2° A l'article L. 861-5 :

a) Au troisième alinéa, les mots : « à l'article L. 821-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 821-1 et L. 821-2 qui ne remplissent pas les conditions prévues par les 2° et 3° de l'article L. 861-2, »

b) Au dernier alinéa, après les mots « l'une de ces allocations. » sont insérés les mots : « Ce droit est également automatiquement renouvelé à l'expiration du délai d'un an pour les personnes qui, lors de son attribution, ont été réputées satisfaire aux conditions du 2° de l'article L. 861-1 en application des 2°, 3°, 4° et 5° du dernier alinéa de l'article L. 861-2, sous réserve qu'elles satisfassent, à la date du renouvellement, à l'ensemble des conditions prévues par ces dispositions. »

II. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le :

1° 1^{er} juillet 2024 pour les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale ;

2° 1^{er} juillet 2025 pour les bénéficiaires de l'allocation mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale ;

3° 1^{er} juillet 2026 pour les bénéficiaires des allocations mentionnées aux articles L. 5423-1 et L. 5131-6 du code du travail.

Exposé des motifs

Détenir une couverture complémentaire est essentiel en France pour accéder et recourir à une large offre de soins avec un reste-à-charge le plus faible possible, *a fortiori* pour les personnes en situation de précarité, bénéficiaires ou éligibles à la complémentaire santé solidaire (C2S).

Pour autant, les personnes non couvertes par une complémentaire santé sont principalement des personnes à faible revenu, notamment les allocataires de minima sociaux sous condition de ressources, qui pourraient être éligibles à la complémentaire santé solidaire : en 2018, 17 % des bénéficiaires de minima sociaux sont ainsi sans couverture complémentaire, soit une proportion plus de quatre fois plus importante que pour l'ensemble de la population (4 % seulement de l'ensemble de la population n'a pas de couverture complémentaire santé).

Pour garantir un meilleur accès aux soins et une plus grande prise en charge des frais de santé du plus grand nombre, dans la continuité de la mesure de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 qui a simplifié l'accès à la C2S de certains publics bénéficiaires de minima sociaux, et dans un objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé, la mesure étend l'attribution simplifiée de la C2S à une partie des bénéficiaires de quatre minima sociaux : l'allocation adulte handicapé (AAH), l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et l'allocation du contrat d'engagement jeune (CEJ).

Article 22

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

1° Au titre I^{er} du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique, le chapitre unique devient le chapitre I^{er} et le titre est complété par un chapitre II ainsi rédigé :

« CHAPITRE II « PARCOURS COORDONNÉS RENFORCÉS

« Art. L. 4012-1. – I. – Lorsque la prise en charge d'une personne nécessite l'intervention de plusieurs professionnels, elle peut être organisée sous la forme d'un parcours coordonné renforcé. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé fixe la liste de ces parcours en tenant compte des expérimentations ayant fait l'objet d'un avis du conseil stratégique mentionné au deuxième aliéna du III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

« Pour chaque type de parcours coordonné renforcé, un arrêté des mêmes ministres détermine notamment les modalités d'organisation du parcours, les prestations couvertes par le forfait mentionné à l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale ainsi que son montant.

« II. – Les professionnels intervenant dans un parcours coordonné renforcé exercent une profession libérale ou exercent au sein d'un établissement de santé, d'un établissement ou service médico-social, d'un centre de santé, d'une maison de santé ou d'une maison sport-santé.

« Chaque professionnel intervient dans le parcours dans le cadre de ses conditions habituelles d'exercice et répond des actes professionnels qu'il accomplit selon les règles qui lui sont applicables dans ce cadre.

« Ils sont réputés constituer une équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12.

« III. – Le parcours est organisé par une structure responsable de la coordination désignée parmi des catégories de structures, énoncées par décret, au sein desquelles des professions médicales, des auxiliaires médicaux ou des pharmaciens réalisent des prestations de soins.

« Cette structure coordonne les interventions des professionnels du parcours et s'assure du respect des dispositions de l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du I par l'ensemble des professionnels intervenant au sein du parcours. Elle est responsable des actions qu'elle conduit à ce titre.

« Par dérogation au premier alinéa du présent III, les structures responsables de la coordination d'un parcours dans le cadre d'une expérimentation arrivée à son terme et ayant fait l'objet d'un avis favorable du conseil stratégique mentionné au deuxième aliéna du III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, qui n'appartiennent à aucune catégorie de la liste prévue au I, peuvent continuer d'exercer les missions de coordination pendant une durée maximale de six mois à compter du dépôt de la demande mentionnée à l'article.

« IV. – Les professionnels intervenant dans un parcours coordonné renforcé ou, le cas échéant, leur employeur et la structure responsable de la coordination formalisent leur organisation dans un projet de parcours coordonné renforcé. Ce projet, conforme à un modèle fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, comporte notamment les dispositions prises pour assurer la continuité des soins, des engagements de bonnes pratiques professionnelles pour chaque catégorie de professionnels ainsi que les modalités de répartition du forfait mentionné à l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale.

2° Au second alinéa de l'article L. 4113-5 après les mots : « à l'article L. 6316-1 » sont insérés les mots : « , les parcours coordonnés renforcés mentionnés à l'article L. 4012-1 » ;

3° Au 2° de l'article L. 4041-2 après les mots : « éducation thérapeutique » sont insérés les mots : « , les parcours coordonnés renforcés mentionnés à l'article L. 4012-1 ».

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

1° Le chapitre 2 du titre VI du livre I^{er} est complété par une section 13 ainsi rédigée :

*« Section 13
« Prise en charge des parcours coordonnés renforcés*

« Art. L. 162-59. – I. – Les interventions des professionnels participant à la prise en charge d'une même personne dans le cadre d'un parcours coordonné renforcé mentionné à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique, par dérogation aux règles de facturation et de tarification prévues au titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale et au chapitre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles, sont exclusivement financées par un forfait dont le montant couvre le coût de l'ensemble des prestations constituant le parcours ainsi que celui des actions nécessaires à la coordination des interventions. Ce montant, fixé par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du I de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique, est déterminé en tenant compte de la fréquence du suivi du bénéficiaire, de la complexité de sa prise en charge ainsi que des moyens humains et cliniques mobilisés.

« Le patient ne peut être redevable, au titre des prestations du parcours, d'autres montants que le montant forfaitaire mentionné au présent article.

« La structure responsable de la coordination mentionnée au III de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique transmet les informations nécessaires à la couverture par l'organisme local d'assurance maladie des frais relatifs au parcours coordonné renforcé. Elle pratique le mécanisme du tiers payant mentionné à l'article L. 160-10.

« La structure responsable de la coordination détermine la part du forfait due à chaque professionnel au titre de son activité au sein du parcours ainsi que celle correspondant aux missions de coordination qu'elle assure sur la base des prestations décrites dans le projet de parcours mentionné au IV de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique. L'organisme local d'assurance maladie verse les sommes correspondantes à chaque professionnel ou, le cas échéant, à la structure qui l'emploie ainsi qu'à la structure responsable de la coordination.

« Les rémunérations perçues dans ce cadre sont soumises au même régime fiscal et social que les rémunérations perçues dans le cadre de leur exercice habituel, qu'ils exercent dans le cadre d'un exercice libéral, salarié ou comme agent public.

« La structure responsable de la coordination peut, le cas échéant, percevoir les sommes versées par les assurés au titre de leur participation aux frais du parcours coordonné renforcé en application du 9° de l'article L. 162-8. Un décret en Conseil d'Etat prévoit les modalités de répartition des sommes ainsi perçues.

« II. – Pour bénéficier du mode de financement par forfait mentionné à l'article L. 162-59, la structure mentionnée à l'article L. 162-60 transmet le projet mentionné au IV de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique au directeur général de l'agence régionale de santé.

« Le projet est réputé validé, sauf si le directeur de l'agence régionale de santé s'y oppose dans un délai de deux mois à compter de la réception du projet, en se fondant sur l'absence de respect de l'arrêté mentionné au I de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique, du III de ce même article ou des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1.

« Lorsqu'il constate un manquement aux dispositions de l'arrêté mentionné au I de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique ou au III de ce même article, le directeur général de l'agence régionale de santé met la structure responsable de la coordination en demeure de se mettre en conformité dans un délai de six mois à compter de la notification de cette mise en demeure. Faute d'exécution dans ce délai, il en informe la caisse primaire d'assurance maladie, qui met fin au mode de financement par montant forfaitaire et suspend les remboursements des forfaits facturés au titre du parcours après la notification de cette décision.

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

2° Au 1° du A du I de l'article L. 133-4, après la référence : « L. 162-23-1 » il est inséré la référence : « L. 162-59 » ;

3° L'article L. 160-8 est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9° La couverture des frais relatifs aux interventions et traitements réalisés dans le cadre des parcours mentionnés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique ; »

4° Le I de l'article L. 160-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La participation de l'assuré aux frais mentionnés au 9° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle à tout ou partie de ces frais ou forfaitaire. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Cette participation peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 160-14, le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

III. – Après le sixième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – L. 162-59 ».

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

a) Le I de l'article 20-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 17° La couverture des frais relatifs aux interventions et traitements réalisés dans le cadre des parcours mentionnés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique » ;

b) A l'article 20-4, après les mots : « et L. 162-16-1 » sont remplacés par les mots : « L. 162-16-1 et L. 162-59 ».

Exposé des motifs

Depuis 2018, plus de 135 innovations organisationnelles ont été accompagnées, testées et financées dans le cadre du dispositif « article 51 ». Des solutions construites par les acteurs de terrain ont ainsi pu être expérimentées pour améliorer leurs conditions d'exercice en facilitant le travail en équipe ou en réseau – pour retrouver du temps pour soigner et faire de la prévention et pour améliorer la prise en charge des patients –, pour intégrer de nouvelles prestations remboursées et simplifier les parcours de soins.

Or les premières expérimentations arrivent à leur terme dès la fin de l'année 2023. L'enjeu consiste désormais à réussir la sortie du cadre expérimental et l'entrée dans le droit commun des expérimentations qui auront, au terme de leur évaluation, démontré leur intérêt. Elles pourront ainsi bénéficier au plus grand nombre (patients comme professionnels), en apportant des solutions concrètes aux difficultés rencontrées dans les prises en charge et en diffusant les innovations organisationnelles dont elles sont porteuses.

Pour les deux tiers des expérimentations, qui ont permis la mise en place de parcours coordonnés renforcés de prise en charge mobilisant plusieurs acteurs issus de différents secteurs, une modification du cadre législatif est nécessaire. La mesure crée ainsi un cadre générique permettant la mise en place de parcours coordonnés renforcés, au travers d'un financement collectif d'une équipe pour être adaptable aux besoins des patients et pouvant se déployer entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. Les premiers parcours coordonnés renforcés pourraient concerner la rééducation cardiaque en centre de ville en alternative à une hospitalisation en soins médicaux de réadaptation (SMR) à l'hôpital, la réhabilitation respiratoire à domicile, la prise en charge de l'obésité en appui à la médecine de ville et celle des troubles du langage et de l'apprentissage chez les enfants dès 2024.

Article 23

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

A. – A l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 ».

B. – Le chapitre 2 du titre VI est ainsi modifié :

1° Au III de l'article L. 162-1-23, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

2° A l'article L. 162-1-24, les mots : « relevant de la dotation nationale de financement mentionnée à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « au titre des dotations mentionnées au 3° de l'article L. 162-22-2 ».

C. – La section 4 du chapitre 2 du titre VI est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4-3, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

2° Au premier alinéa du III de l'article L. 162-16-6, les mots : « L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-3 et L. 162-23-1 ».

D. – La section 5 du chapitre 2 du titre VI est ainsi modifiée :

1° A l'article L. 162-20-1 :

a) La référence à l'article L. 162-22-6 est remplacée par la référence à l'article L. 162-22 par trois fois ;

b) Les mots : « mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1 » par deux fois ;

c) Au deuxième alinéa, les mots : « mentionnés aux *d* et *e* » sont remplacés par les mots : « mentionnés au *d* » ;

d) A l'avant dernier alinéa, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-23-6 et L. 162-23-6-1 » ;

e) Au dernier alinéa, les mots : « à compter du 1^{er} mars de l'année en cours » sont remplacés par les mots : « à compter du 1^{er} janvier de l'année » ;

2° A l'article L. 162-21-2, les mots : « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1 » ;

3° Au quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3, les mots : « au II *bis* de l'article L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « au II de l'article L. 162-22-3-1 » ;

4° A l'article L. 162-22 :

a) Le premier alinéa est remplacé par sept alinéas ainsi rédigés :

« Pour l'application des dispositions de la présente section, les établissements de santé sont classés selon les catégories définies ci-dessous :

« a) Les établissements publics de santé ;

« b) Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

« c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

« d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux *b* et *c* ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ;

« e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux *b*, *c* et *d*.

« Les activités pour lesquelles les établissements de santé sont autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financées selon les modalités suivantes : » ;

b) La référence : « L. 162-22-6 est remplacée par la référence : « L. 162-22-2 » ;

c) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« 4° Pour les activités de soins médicaux et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-2. » ;

5° Sont rétablis les articles L. 162-22-1 à L. 162-22-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-22-1.* – Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés au même article. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes à ces activités au titre des soins dispensés au cours de l'année. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

« Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions constatées en cours d'année.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.

« *Art. L. 162-22-2.* – Pour les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, les établissements mentionnés aux *a, b, c* et *d* du même article sont financés par :

« 1° Des tarifs afférents aux prestations mentionnées à l'article L. 162-22-3 ;

« 2° Des dotations de financement relatives à des objectifs de santé publique, mentionnées à l'article L. 162-22-4 ;

« 3° Des dotations de financement relatives à des missions spécifiques et des aides à la contractualisation, mentionnées à l'article L. 162-22-5.

« *Art. L. 162-22-3.* – Pour leur valorisation, les prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-2 font l'objet de tarifs nationaux.

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, précise :

« 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. La détermination de ces catégories et prestations tient compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients. Elle est opérée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

« 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. » ;

6° Après l'article L. 162-22-3, sont insérés trois articles L. 162-22-3-1, L. 162-22-3-2 et L. 162-22-3-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-22-3-1.* – I. – Chaque année l'Etat fixe, dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-1 et conformément aux modalités prévues au même article, les éléments suivants :

« 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-3, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

« 2° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-3-2.

« Ces éléments prennent effet le 1^{er} janvier de l'année.

« Pour la détermination de ces éléments, il est tenu compte :

« – de la part de l'objectif de dépenses affectée au financement des dotations mentionnées aux 2^o et 3^o de l'article L. 162-22-2 et des charges afférentes aux spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;

« – des prévisions d'évolution de l'activité des établissements, qui peuvent être mesurées notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

« – le cas échéant, des données afférentes au coût relatif des prestations issues notamment des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique, pour déterminer en tout ou partie les tarifs nationaux des prestations.

« II. – Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1, l'Etat peut, après consultation du comité économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-3 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations.

« III. – Un décret détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« IV. – Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22 sont fixés par l'Etat.

« *Art. L. 162-22-3-2.* – I. – Les tarifs nationaux mentionnés au 1^o du I de l'article L. 162-22-3-1, à l'exception de ceux mentionnés au 2^o de l'article L. 162-22-8-2, peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements.

« II. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 1^o du I de l'article L. 162-22-3-1 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.

« Art. L. 162-22-3-3. – L'Etat fixe, dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-1 et conformément aux modalités prévues au même article, le coefficient géographique s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1, à l'exception de ceux mentionnés au 2° de l'article L. 162-22-8-2, pour les établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée.

« Ces coefficients prennent effet le 1^{er} janvier de l'année en cours. » ;

7° Sont rétablis les articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 ainsi rédigés :

« Art. L. 162-22-4. – Les dotations relatives aux objectifs de santé publique mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-2 concourent au financement des actions visant à promouvoir, protéger et améliorer la santé de la population, en particulier par la prévention, ou visant à développer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins. Elles comprennent notamment les financements définis à l'article L. 162-22-7-4, au 3° de l'article L. 162-22-8-2, à l'article L. 162-23-15 et ceux inscrits aux contrats prévus à l'article L. 162-30-2.

« Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation de ces dotations. Un décret fixe les modalités de leur allocation par l'autorité compétente de l'Etat.

« Art. L. 162-22-5. – Les dotations mentionnées au 3° de l'article L. 162-22-2 concourent au financement :

« 1° De missions spécifiques à certains établissements, notamment de recherche, de formation et d'innovation ;

« 2° D'actions tendant à l'atteinte des objectifs inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, mentionnés à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique ;

« 3° Des prises en charge mentionnées aux articles L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2, L. 162-22-5-3 et au 1° de l'article L. 162-22-8-2.

« Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation de ces dotations. Un décret fixe les modalités de leur allocation par l'autorité compétente de l'Etat.

8° L'article L. 162-22-6 est abrogé ;

9° A l'article L. 162-22-6-2 :

a) La référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » pour sa première occurrence ;

b) Les mots : « aux mêmes articles L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 162-26-1 » sont remplacés par les mots : « aux mêmes articles » ;

10° A l'article L. 162-22-7 :

a) La référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 », par deux fois ;

b) Les mots : « au 1° du même article » sont remplacés par les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-3 » ;

11° A l'article L. 162-22-7-3, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

12° A l'article L. 162-22-8 :

a) Les mots : « Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6 » sont supprimés ;

b) Les mots : « aux *a, b, c* et *d* de l'article L. 162-22-6 et » sont remplacés par les mots : « aux *a, b, c* et *d* du même article, lorsqu'elles font l'objet de sujétions spécifiques qui ne peuvent être prises en compte par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1 ou » ;

13° A l'article L. 162-22-8-1, les mots : « selon des modalités dérogatoires aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « par des forfaits » et les mots : « ces modalités dérogatoires de financement » sont remplacés par les mots : « ces modalités de financement » ;

14° Les articles L. 162-22-6-2, L. 162-22-8 et L. 162-22-8-1 dans leur rédaction issue des dispositions des 9°, 12° et 13° ci-dessus sont renumérotés respectivement L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2 et L. 162-22-5-3 ;

15° A l'article L. 162-22-8-2 :

a) Au premier alinéa, les mots : « Par dérogation à l'article L. 162-22-6, » sont supprimés et la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

b) La dernière phrase du premier alinéa du 1° est supprimée ;

c) Le premier alinéa du 2° est ainsi rédigé :

« Des tarifs de prestation, fixés dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1 » ;

d) Au deuxième alinéa du 2°, les mots : « du même article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 162-22 » ;

16° Les articles L. 162-22-8-3, L. 162-22-9, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10 et L. 162-22-12 à L. 162-22-14 sont abrogés ;

17° A l'article L. 162-22-11-1, les mots : « au I de l'article L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1 » et la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

18° A l'article L. 162-22-15 :

a) Les références : « L. 162-22-6-2, L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » et la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

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

« Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire, le montant des dotations et des forfaits susmentionnés peut être versé directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas. » ;

19° A l'article L. 162-22-18 :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « établissements de santé mentionnés au même article » ;

b) Au premier alinéa du III, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

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

« V. – Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22 sont fixés par l'Etat. » ;

20° L'article L. 162-22-19 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « à l'article L. 162-22 » sont remplacés par les mots : « au même article » ;

b) Au 4° du I, les mots : « de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-22-5 » ;

c) Au 4° du II, la référence : « L. 162-22-14 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-5 » ;

21° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-23, les mots : « établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « établissements de santé mentionnés au même article » ;

22° A l'article L. 162-23-3, les mots : « établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « établissements mentionnés au même article » ;

23° A l'article L. 162-23-13, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

24° Au I de l'article L. 162-23-13-1, les mots : « du 1° de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « du 1° de l'article L. 162-22-3 » ;

25° L'article L. 162-23-14 est abrogé ;

26° A l'article L. 162-23-15 :

a) Au I, les mots : « , mesurés tous les ans par établissement » sont supprimés ;

b) Au premier alinéa du II, les mots : « pendant trois années » sont remplacés par les mots : « sur trois mesures de résultat » ;

c) Au quatrième alinéa du II, le mot : « année » est remplacé par les mots : « mesure de résultat » et les mots : « constaté pendant trois années » sont remplacés par les mots : « constaté sur trois mesures de résultat » ;

d) Au premier alinéa du III, le mot : « annuellement » est supprimé ;

e) Au dernier alinéa du III, les mots : « Avant le 31 décembre de chaque année, » sont supprimés et après les mots : « sécurité des soins, », sont insérés les mots : « détermine la période sur laquelle est recueilli chaque indicateur, qui ne peut être inférieure à un an, » ;

27° Au I de l'article L. 162-23-16, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » pour sa première occurrence et par la référence : « L. 162-22 » pour sa seconde occurrence ;

28° A l'article L. 162-25 :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

b) Le second alinéa est ainsi rédigé :

« Dans les cas où un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22 fait face à un évènement qui l'empêche d'accomplir de manière durable les obligations de transmission des informations relatives à son activité prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, le délai mentionné à l'alinéa précédent peut être majoré proportionnellement à la durée et, le cas échéant, à l'intensité de l'incidence qu'a cet évènement sur la transmission des informations. Cette majoration, qui ne peut dépasser une période d'un an, est décidée par le directeur général de l'agence régionale de santé en tenant compte des causes de l'évènement. » ;

29° A l'article L. 162-26-1 :

a) La référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 », par deux fois ;

b) L'article est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque l'intervention de ces professionnels est prise en charge dans le cadre de la rémunération forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-22-5-1, ces honoraires ne peuvent pas être facturés. » ;

30° L'article L. 162-30-4 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « relevant du 2° de l'article L. 162-22-2 » ;

b) Au cinquième alinéa, les mots : « le fonds d'intervention régional » sont remplacés par les mots : « le montant de l'enveloppe régionale au titre des dotations mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-2 ».

E. – Au a du 1° du II de l'article L. 162-31-1 :

1° Les références aux articles L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-10 sont remplacées par les références aux articles L. 162-22-3, L. 162-22-3-1, L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2 et L. 162-22-5-3 ;

2° Les références aux articles L. 162-22-13 et L. 162-22-14 sont remplacées par les références aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5.

F. – La sous-section 1 de la section 1 du chapitre 5 du titre VI est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article L. 165-7, les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-22-3 » et au dernier alinéa, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

2° Au I de l'article L. 165-11, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » pour sa première occurrence et par la référence : « L. 162-22-3 » pour sa seconde occurrence, et au II du même article, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 ».

G. – Au premier alinéa de l'article L. 174-2-1, les mots : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » sont remplacés par les mots : « au 1° des articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1 ».

H. – La section 8 du chapitre 4 du titre VII est ainsi modifiée :

1° A l'article L. 174-15 :

a) Au premier alinéa :

– les références : « L. 162-22-6, L. 162-22-8, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-2, L. 162-22-3, L. 162-22-3-1, L. 162-22-3-2, L. 162-22-3-3, L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2 » ;

– les références : « L. 162-22-6-1 » et « L. 162-22-8-3 » sont supprimées ;

– les références : « L. 162-22-13, L. 162-22-14 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-4, L. 162-22-5 » ;

b) Au cinquième alinéa, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » et les mots : « de l'article L. 162-22 » sont remplacés par les mots : « du même article » ;

c) Au huitième alinéa, la référence : « L. 162-22-9 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-1 » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 174-18, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 ».

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 1111-3-4, les mots : « Les établissements publics de santé et les établissements de santé mentionnés aux *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « Les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22 » et les mots : « au 2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1 » ;

2° Au 1° du III de l'article L. 1121-16-1, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

3° Aux 1° des III des articles L. 1125-15 et L. 1126-14, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

4° Au dernier alinéa de l'article L. 1434-8, la référence : « L. 162-22-9 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-1 » ;

5° A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1435-4, les mots : « la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « les dotations mentionnées à l'article L. 162-22-4 » ;

6° Au premier alinéa et au 2° de l'article L. 6111-4, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

7° Aux articles L. 6113-9 et L. 6113-11, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

8° Au dernier alinéa de l'article L. 6114-2, les mots : « la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « les dotations prévues aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;

9° A l'article L. 6114-4, la première phrase est ainsi rédigée : « Pour les établissements de santé privés mentionnés au *d* de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les contrats fixent le montant des tarifs de prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-3 dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-3-1 à L. 162-22-3-3 du même code. » ;

10° Au dernier alinéa de l'article L. 6131-2, les mots : « dotations mentionnées à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;

11° La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6131-5 est ainsi rédigée : « Il peut réduire en conséquence le montant des dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4, L. 162-22-5, L. 162-22-19, L. 162-23-3 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale. » ;

12° Au II de l'article L. 6132-5, les mots : « dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;

13° A l'article L. 6133-2-1, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

14° A l'article L. 6133-6 :

a) Au troisième et quatrième alinéas, les mots : « des établissements publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « des établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22 » ;

b) Au quatrième alinéa, la seconde référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

15° A l'article L. 6133-8, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 », par trois fois ;

16° Au dernier alinéa de l'article L. 6141-5, les mots : « à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;

17° A l'avant dernier alinéa de l'article L. 6144-1, les mots : « dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « dotations mentionnées à l'article L. 162-22-4 » ;

18° Le premier alinéa de l'article L. 6145-1 est ainsi modifié :

a) La référence : « L. 162-22-10 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3-1 » ;

b) La référence : « L. 162-22-8 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-5-2 » ;

c) Les mots : « de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue aux articles L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « des dotations prévues aux articles L. 162-22-4, L. 162-22-5 » ;

19° Au I de l'article L. 6145-4 :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-22-10 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3-1 » ;

b) Au 1°, les mots : « aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « aux 1° et 2° du I de l'article L. 162-22-3-1 » ;

c) Au 2°, les mots : « de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « des dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;

20° Au dernier alinéa du II de l'article L. 6161-2-2, les mots : « dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « dotations mentionnées à l'article L. 162-22-4 » ;

21° Aux articles L. 6161-3-1 et L. 6161-9, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 ».

III. – Le VI de 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° Les deuxième et troisième alinéas sont ainsi rédigés :

« 1° A compter du 1^{er} janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, pour les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 1° du même article et pour l'ensemble des établissements mentionnés à l'article L. 162-22 exerçant des activités mentionnées au 2° de cet article ;

« 2° A compter du 1^{er} juillet 2023 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, pour les établissements mentionnés à l'article L. 162-22 du même code exerçant des activités mentionnées au 4° de cet article. » ;

2° Au septième alinéa, les mots : « et jusqu'au 28 février 2025 et, pour l'année 2025, à compter du 1^{er} mars jusqu'au 28 février 2026. » sont remplacés par les mots : « et jusqu'au 29 février 2024 et, pour les années 2024 et 2025, à compter du 1^{er} mars de l'année en cours. »

IV. – L'article 57 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est abrogé.

V. – Le dernier alinéa de l'article 44 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :

1° La date : « 31 décembre 2023 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2025 » ;

2° Les mots : « aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1 » ;

3° Après le mot : « détermination », sont insérés les mots : « du périmètre et ».

VI. – Dans l'ensemble des textes législatifs, les références faites aux établissements mentionnés aux *a*, *b*, *c*, *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont remplacées par des références aux établissements mentionnés respectivement aux *a*, *b*, *c*, *d* et *e* de l'article L. 162-22 du même code.

VII. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2024, sous réserve des dispositions suivantes :

1° Prennent effet au 1^{er} janvier 2025 :

a) Le 2° du B du I ;

b) Les 2° et 3° de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du 5° du D du I ;

c) Le sixième alinéa de l'article L. 162-22-3-1 dans sa rédaction issue du 6° du D du I ;

d) Le 7° du D du I ;

e) L'abrogation des articles L. 162-22-12 à L. 162-22-14 prévue par le 16° du D du I ;

f) Le 18°, les *b* et *c* du 20° et le 30° du D, le 2° du E et le quatrième alinéa du *a* du 1° du H du I ;

g) Les 5°, 8°, 10° à 12°, 16°, 17°, *c* du 18°, *c* du 19° et le 20° du II ;

2° Pour l'année 2024 :

a) A l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale, les références aux articles L. 162-22-6-2, L. 162-22-8 et L. 162-22-9-1 sont remplacées, respectivement, par les références aux articles L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2 et L. 162-22-3-2 ;

b) A l'article L. 162-22-15 du même code, les références aux articles L. 162-22-6, L. 162-22-6-2 et L. 162-22-8 sont remplacées, respectivement, par les références aux articles L. 162-22, L. 162-22-5-1 et L. 162-22-5-2 ;

c) Les modalités de détermination du montant des forfaits mentionnés aux articles L. 162-22-5-1 et L. 162-22-5-2 du code de la sécurité sociale sont fixées par l'Etat dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-1 du même code et conformément aux modalités prévues au même article. A cette fin, il est tenu compte des prévisions d'évolution de l'activité des établissements, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

3° L'objectif de dépenses défini à l'article L. 162-22-1 dans sa rédaction issue du 5° du D du I ne comprend pas, pour l'année 2024, les dépenses couvertes par l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-22-13 dans sa rédaction antérieure à la présente loi ;

4° Jusqu'au 31 décembre 2025, par dérogation aux articles L. 162-20-1, L. 162-22-3-1 et L. 162-22-3-3 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue du 1° et du 6° du D du I, les tarifs et coefficients mentionnés aux mêmes articles prennent effet au 1^{er} mars de l'année en cours.

Exposé des motifs

Le Gouvernement a engagé dès 2017 une stratégie de diversification des modalités de financement des établissements de santé faisant davantage de place aux financements par dotation, populationnels et à la qualité, tout en maintenant le caractère incitatif du financement à l'activité lorsque c'est nécessaire. Dans ce cadre, et comme annoncé par le Président de la République le 6 janvier 2023, il apparaît nécessaire d'accélérer cette transformation vers un modèle de financement mixte des établissements de santé. Il s'agit de revenir sur le caractère central de la tarification à l'activité dans le financement du champ « Médecine Chirurgie Obstétrique » (MCO) amplifiant encore la part de financement par dotations ou sans lien direct avec l'activité, tant pour les missions de soins qu'au titre d'objectifs de santé publique, tout en s'attachant à préserver les acquis positifs de la prise en compte de l'activité réelle des établissements dans leur financement.

La mesure proposée est conçue pour mieux soutenir la contribution des établissements de santé aux objectifs de santé publique, en améliorant notamment la qualité des soins, mieux reconnaître leurs missions et donner davantage de leviers au pilotage de la territorialisation par les agences régionales de santé (ARS).

L'objectif général de la mesure est de réduire la part des financements aujourd'hui issus de la tarification à l'activité pour évoluer vers un modèle de financement permettant de valoriser les trois grandes catégories de soins suivants : les soins répondant à des prises en charge « protocolées », organisées et standardisées, pour lesquels une tarification à l'activité est pertinente ; les soins aigus et les prises en charge spécifiques dont le coût est substantiellement indépendant du volume de l'activité réalisée, pour lesquels un financement mixte par dotation, en complément d'une part de tarification à l'activité, est le plus indiqué ; la prévention et la coordination des parcours des patients, relevant d'objectifs de santé publique qui peuvent être en partie propres à certains territoires, pour lesquels un financement par dotation apparaît nécessaire.

Les établissements de santé seront ainsi financés selon les trois compartiments : compartiment « Financement à l'activité » ; compartiment « Dotation relatives à des objectifs de santé publique » ; compartiment « Dotation relatives à des missions spécifiques ». L'introduction d'un financement mixte par tarification à l'activité (T2A) et dotation pour certaines activités de soins aigus ou pour certaines prises en charge permet de mieux valoriser certaines missions confiées aux établissements de santé en introduisant une part significative de dotation socle forfaitaire fondée sur une logique de couverture de charges fixes voire normées des établissements pour garantir l'accès aux soins sur ces activités. La création d'un compartiment de financement relatif à des objectifs de santé publique constitue également une évolution majeure du système de financement des établissements de santé. En effet, un autre enjeu de cette réforme réside dans le développement de la coopération et de la coordination des parcours de soins. Pour cela, il convient d'orienter davantage le financement des établissements vers une rémunération liée directement à des objectifs de santé publique.

La mesure proposée définit d'ores et déjà l'architecture du nouveau modèle de financement dont l'application se fera à compter du 1er janvier 2025. L'année 2024 sera mise à profit pour finaliser les travaux techniques nécessaires à l'entrée en vigueur pleine et entière de la réforme en accompagnant les différentes parties prenantes (principalement ARS et établissements de santé) dans l'appropriation du modèle de financement et de ses conséquences.

Article 24

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

1° Au troisième alinéa de l'article L. 1435-5, les mots : « des professionnels de santé » sont remplacés par les mots : « des médecins » ;

2° Au quatrième alinéa de l'article L. 6311-2, après les mots : « le concours de médecins », sont ajoutés les mots : « et de chirurgiens-dentistes » ;

3° La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 6314-1 est supprimée ;

II. – Après le seizième alinéa de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 11°) Les modalités de rémunération des professionnels de santé mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique au titre de la participation à la permanence des soins qu'il prévoit. »

Exposé des motifs

Cette mesure permet aux chirurgiens-dentistes d'assurer la régulation de la permanence des soins dentaires dans les centres de réception et de régulation des appels des SAMU-Centre 15, en généralisant une organisation adoptée durant la première période de confinement liée à la crise sanitaire de la covid-19. Elle vise ainsi à améliorer l'efficacité de l'organisation de la permanence des soins dentaires, la pertinence du recours aux soins aux horaires de permanence et la sécurisation du dispositif (notamment par une meilleure connaissance des protocoles sanitaires en vigueur dans les cabinets dentaires libéraux), à mieux répondre aux besoins de soins dentaires urgents les dimanches et jours fériés (conseils, prescriptions, orientation), à diminuer ainsi le temps d'attente pour la prise en charge si elle est nécessaire, et à désengorger la régulation médicale du SAMU-Centre 15 des appels relevant de l'odontologie.

Cette mesure prévoit également que la rémunération de la participation à la permanence des soins des professionnels de santé non médecins (sages-femmes, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux) est fixée par voie conventionnelle, et non plus par les Agences régionales de santé (ARS) par l'intermédiaire du Fonds d'intervention régionale (FIR).

Article 25

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

1° Le 9° de l'article L. 5125-1-1 A est ainsi rédigé : « 9° Peuvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :

a) Prescrire certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles d'en bénéficier, sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

b) Délivrer sans ordonnance certains médicaments, après réalisation d'un test. Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, fixe la liste des médicaments concernés, des indications associées, des tests d'orientation diagnostiques à réaliser et les résultats à obtenir pour délivrer ces médicaments.

2° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après le mot : « vaccinations » sont insérés les mots : « ni aux pharmaciens qui délivrent des médicaments en application du *b* du 9° de l'article L. 5125-1-1 A ».

II. – La première phrase du 16° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est remplacée par la phrase suivante : « La tarification des prestations effectuées par les pharmaciens, lorsqu'ils réalisent, en application de la mission que leur confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests suivis, le cas échéant, par la délivrance de médicaments en application du *b* du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique ».

Exposé des motifs

Les évolutions démographiques des professionnels de santé et les disparités dans leur répartition territoriale peuvent se traduire par des difficultés d'accès à une consultation médicale, alors même que, pour certaines pathologies (infection urinaire simple, angine), des tests permettant d'orienter et accompagner les cas cliniques les moins complexes sont développés depuis plusieurs années.

Afin de renforcer des parcours d'accès simplifiés pour les patients en cas d'angine ou de cystite aiguë simple, la mesure ouvre la possibilité aux pharmaciens d'officine, pour les cas ne présentant pas de facteur d'alerte spécifiquement identifié dans les critères de la Haute Autorité de Santé, de réaliser l'entretien d'orientation et de délivrer les traitements, y compris lorsqu'il s'agit d'antibiotiques, sur la base des résultats des tests.

Article 26

L'article L. 717-1 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa constitue un I et les mots : « du titre IV du livre II » sont remplacés par les mots : « du titre II du livre VI de la quatrième partie » ;

2° Le deuxième alinéa constitue un III ;

3° Le troisième alinéa constitue un IV ;

4° Il est créé un II ainsi rédigé :

« II. – Pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude mentionné au II de l'article L. 4624-2 du code du travail, certains actes de cet examen, préalables à la délivrance par le médecin du travail d'un avis d'aptitude, peuvent être délégués à un infirmier en santé au travail dans le cadre d'un protocole écrit et dans les conditions prévues par les articles L. 4622-8 et L. 4623-9 du code du travail. Lorsque l'infirmier en santé au travail constate des éléments pouvant justifier une inaptitude au poste de travail ou la nécessité de proposer l'une des mesures prévues à l'article L. 4624-3 du code du travail, il oriente sans délai le travailleur vers le médecin du travail pour qu'il réalise tous les actes de l'examen médical d'aptitude. »

Exposé des motifs

La présente mesure vise à prévoir la possibilité pour les médecins du travail de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail la réalisation de certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé. Il s'agit de s'inspirer de l'expérimentation prévue par l'article 66 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, menée dans quatre caisses de mutualité sociale agricole (MSA) et qui a permis d'améliorer le suivi individuel des salariés agricoles. L'objectif de cette mesure est d'améliorer, sur tout le territoire, le suivi individuel des salariés agricoles et la prévention contre les expositions professionnelles aux risques.

CHAPITRE II
GARANTIR LA SOUTENABILITÉ DE NOTRE MODÈLE SOCIAL

Article 27

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

1° Au 6° du II de l'article L. 114-17-1, après les mots : « le professionnel de santé », sont insérés les mots : «, le centre de santé ou la société de téléconsultation » ;

2° A l'article L. 162-1-15 :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « et après avis de la commission prévue à l'article L. 114-17-2, à laquelle participent des professionnels de santé » sont supprimés ;

b) Après le I, il est inséré un *I bis* ainsi rédigé :

« *I. bis.*– Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut également, après que le centre de santé ou la société de téléconsultation mentionnée à l'article L. 4081-1 du code de la santé publique a été mis en mesure de présenter ses observations, subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, le versement des indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1 et au 2° de l'article L. 431-1 du présent code, prescrites par les professionnels de santé exerçant au sein de ces structures en cas de constatation par ce service :

« 1° Du non-respect des conditions prévues, respectivement, à l'article L. 321-1 et au 2° de l'article L. 431-1 ;

« 2° Ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par les professionnels exerçant au sein du centre de santé ou de la société de téléconsultation et donnant lieu au versement d'indemnités journalières ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée significativement supérieurs aux données moyennes constatées pour les centres de santé ou sociétés de téléconsultation ayant une activité comparable dans le ressort de la même agence régionale de santé ou au niveau national.

« Toutefois, en cas d'urgence attestée par le professionnel de santé prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour le versement des indemnités journalières » ;

c) Au II, après les mots : « proposer au professionnel de santé, », sont insérés les mots : « au centre de santé ou à la société de téléconsultation, » et après les mots : « En cas de refus », les mots : « du professionnel de santé » sont supprimés et les références au I sont complétées par les termes « ou au *I bis* » ;

3° A l'article L. 315-1 :

a) Les troisième, quatrième et cinquième alinéas du II sont remplacés par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou de sa durée, ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de soixante-douze heures. Ce rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré.

« Si ce rapport conclut à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou de sa durée, le médecin en informe également, dans le même délai, l'organisme local d'assurance maladie, qui suspend le versement des indemnités journalières. Cette suspension prend effet à compter de la date à laquelle l'assuré a été informé de cette décision. Toutefois, dans le cas où le médecin diligenté par l'employeur a estimé que l'arrêt de travail est justifié pour une durée inférieure à celle fixée par le médecin prescripteur, la suspension prend effet à l'échéance de la durée retenue par le médecin diligenté par l'employeur.

« Le service du contrôle médical peut, au vu du rapport, décider de procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré. S'il décide de procéder à cet examen, il n'est pas fait application de la suspension du versement des indemnités journalières jusqu'à ce que ce service ait statué.

« Le service du contrôle médical peut en outre être saisi par l'assuré, sur demande de celui-ci, formulée auprès de son organisme de prise en charge. Le délai dans lequel cette demande est effectuée ainsi que le délai dans lequel intervient le nouvel examen de la situation de l'assuré sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

« Lorsque le rapport fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, le service du contrôle médical ne peut demander la suspension du versement des indemnités journalières qu'après un nouvel examen de la situation de l'assuré. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« VIII. – Les missions du service du contrôle médical sont exercées par les praticiens conseils mentionnés à l'article L. 224-7. Ceux-ci peuvent déléguer, sous leur responsabilité, la réalisation de certains actes et activités au personnel des échelons régionaux et locaux du contrôle médical disposant de la qualification nécessaire. Lorsque ces délégations concernent des auxiliaires médicaux, lesdites missions sont exercées dans la limite de leurs compétences prévues par le code de la santé publique. Lorsque, dans le cadre de ces délégations, des auxiliaires médicaux sont conduits à rendre des avis qui commandent l'attribution et le service de prestations, elles s'exercent dans un cadre d'un protocole écrit. » ;

4° Au III de l'article L. 315-2, les mots : « Lorsque le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé » sont remplacés par les mots : « Lorsque le service du contrôle médical estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée à l'issue de l'examen d'un assuré, l'intéressé en est directement informé. Sauf si le service du contrôle médical en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé ».

II. – Le *a* du 2° du I s'applique à compter du 1^{er} février 2024.

Exposé des motifs

La très forte dynamique de la dépense d'indemnités journalières observée actuellement rend nécessaire des mesures de responsabilisation collective des professionnels prescripteurs et des assurés bénéficiaires d'arrêts maladie, afin de garantir la soutenabilité des comptes sociaux et d'assurer la pérennité de notre modèle protecteur d'indemnisation des arrêts de travail, pour garantir à chacun un revenu de remplacement lorsque sa santé lui impose de cesser momentanément son activité professionnelle.

L'augmentation de la population active, le vieillissement de la population ou encore l'augmentation du montant de l'indemnité moyenne en raison de la hausse des salaires et de la hausse de l'activité portée par un marché de l'emploi dynamique, sont autant de facteurs importants à prendre en compte, mais qui ne permettent pas à eux seuls d'expliquer l'augmentation de la dépense d'indemnités journalières.

L'assurance maladie conduit déjà un certain nombre de contrôles et d'accompagnement concernant les prescripteurs, les assurés et les entreprises, pour limiter les abus, responsabiliser chacun et renforcer les bonnes pratiques. La présente mesure propose de renforcer les capacités de contrôle des caisses primaires d'assurance maladie et des employeurs, et d'accentuer les sanctions en cas d'arrêt de travail indu. Le versement des indemnités journalières pourrait être suspendu à compter du rapport du médecin contrôleur délégué par l'employeur et concluant au caractère injustifié de l'arrêt. La mesure prévoit également d'intensifier et de simplifier l'accompagnement des médecins présentant un taux important de prescription d'arrêts. Elle vise de plus à permettre la délégation de compétences au sein du service de contrôle médical pour libérer du temps médical qui pourrait être dédié au contrôle des arrêts de travail. Ces mesures seront complétées par des dispositions réglementaires pour notamment fixer les modalités de la contre-visite employeur.

Article 28

I. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lors d'un acte de télémédecine, la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail ne peut porter sur plus de trois jours ni avoir pour effet de porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours. Il n'y est fait exception que lorsque l'arrêt de travail est prescrit ou renouvelé par le médecin traitant, ou en cas d'impossibilité, dûment justifiée par le patient, de consulter un médecin pour obtenir, par une prescription réalisée en sa présence, une prolongation de l'arrêt de travail. »

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

1° L'article L. 160-8, dans sa rédaction résultant de l'article 20 de la présente loi, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les produits, prestations et actes prescrits à l'occasion d'un acte de téléconsultation réalisé en application de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ainsi que les prescriptions réalisées lors des télésoins mentionnés à l'article L. 6316-2 du même code ne sont couverts qu'à la condition d'avoir fait l'objet d'un échange oral, en vidéotransmission ou téléphonique, entre le prescripteur et le patient.» ;

2° L'article L. 162-4-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé : « La prolongation ne peut être réalisée par un acte de télémédecine que dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ».

3° A l'article L. 321-1, après la référence : « L. 162-4-1 », sont insérés les mots : « et par le troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique » ;

4° L'article L. 433-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les arrêts de travail prescrits en méconnaissance du troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ne peuvent ouvrir droit au versement de l'indemnité journalière au-delà des trois premiers jours ».

Exposé des motifs

Le développement de la téléconsultation constitue l'une des réponses aux enjeux actuels d'accès aux soins. Toutefois, l'élargissement du cadre de sa prise en charge doit s'accompagner d'une vigilance sur la qualité des pratiques et la bonne prise en compte des besoins des patients.

La mesure limite à trois le nombre de jours d'indemnités journalières pouvant être prescrits en téléconsultation quand elle n'a pas lieu avec son médecin traitant, car si l'état de santé de l'assuré ne s'améliore pas, voire s'aggrave au-delà d'une période de trois jours, il est nécessaire que celui-ci puisse être examiné physiquement par un médecin pour permettre la prise en charge d'une éventuelle pathologie plus lourde qu'initialement diagnostiquée en l'absence d'examen physique. Des exceptions sont prévues pour prendre en compte les difficultés d'accès au médecin.

Par ailleurs, la mesure impose une obligation de vidéo-transmission pour permettre le remboursement de la prescription, car certaines plateformes en ligne permettent aujourd'hui de prescrire aux patients des produits, prestations et actes, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, après des réponses données à un simple questionnaire ou par un outil de conversation en ligne (chat, sms) sans que le patient n'ait été vu par un professionnel de santé par vidéo-transmission ni eu un contact téléphonique avec ce dernier garantissant la qualité de la prise en charge.

Article 29

I. – 1° A titre expérimental et pour une durée de deux ans à compter d'une date fixée par le décret mentionné au 3° et au plus tard le 1^{er} novembre 2024, par dérogation aux dispositions de l'article L. 5211-3-2 du code de la santé publique, le retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique, leur mise à disposition sur le marché et leur utilisation sont autorisés dans les conditions prévues au présent I.

2° Les dispositifs médicaux à usage unique retraités satisfont aux exigences du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux. Leur retraitement, leur mise à disposition sur le marché et leur utilisation peuvent faire l'objet des restrictions et interdictions mentionnées au paragraphe 9 de l'article 17 du même règlement et, à ce titre, notamment, d'obligations renforcées en matière de traçabilité.

Seuls les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique désignés par arrêté du ministre chargé de la santé peuvent participer à l'expérimentation mentionnée au 1°. Ces établissements ne peuvent qu'utiliser des dispositifs médicaux à usage unique retraités achetés sur le marché ou des dispositifs médicaux à usage unique utilisés en leur sein et retraités, pour leur compte, par une entreprise de retraitement externe. Ils ne sont pas autorisés à retraiter eux-mêmes les dispositifs médicaux à usage unique utilisés en leur sein.

Les personnes qui retraitent un dispositif médical à usage unique mentionnées au paragraphe 2 de l'article 17 du règlement (UE) 2017/745 peuvent être soumises à des obligations plus contraignantes que celles mentionnées dans ce règlement. En cas de retraitement par une entreprise de retraitement externe, pour le compte d'un établissement de santé, de dispositifs médicaux à usage unique utilisés par cet établissement, certaines obligations incombant aux fabricants mentionnées par ce règlement peuvent être écartées, sous réserve du respect des conditions mentionnées au paragraphe 4 du même article 17.

Aucun dispositif médical à usage unique retraité ne peut être utilisé sans l'information préalable de la personne, qui peut s'y opposer.

3° Un décret en Conseil d'Etat détermine, autant que de besoin, les modalités d'application du présent I, notamment :

- Les dispositifs médicaux à usage unique qui peuvent être retraités ;
- Les restrictions et interdictions mentionnées au premier et troisième alinéa du 2° ;
- Les modalités particulières applicables en matière d'information et d'opposition des patients à l'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique retraités ;
- La méthodologie de l'expérimentation, ses objectifs et les modalités de son pilotage et de la réalisation du rapport mentionné au 4°.

4° Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation afin notamment de déterminer l'opportunité et, le cas échéant, les conditions de sa pérennisation et de son extension.

II. – Après l'article L. 165-4-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-4-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-4-3.* – Lorsqu'un produit inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 présente des modèles, références et conditionnements qui ne sont pas adaptés à ses conditions de prescription ou modalités d'utilisation ou est générateur de déchets de soins supplémentaires par rapport aux produits, actes ou prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires au regard notamment de l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1, l'exploitant verse des remises.

« L'avis rendu par la commission mentionnée à l'article L. 165-1 sur la demande d'inscription ou de renouvellement ou de modification de cette inscription précise dans quelle mesure les modèles, références et conditionnements du produit sont adaptés à ses conditions de prescription ou modalités d'utilisation prévues, ainsi que, le cas échéant, des éléments relatifs à la quantité et à la typologie des déchets de soins supplémentaires générés.

« Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises dues en appliquant au montant remboursé par l'assurance maladie sur la période en cause un taux fixé en fonction des éléments figurant dans l'avis mentionné au précédent alinéa et, le cas échéant, de l'amélioration du service attendu ou rendu du produit, selon des critères fixés par arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale.

« L'exploitant concerné verse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. »

Exposé des motifs

L'utilisation de dispositifs médicaux, comme par exemple des produits de santé comprenant des cathéters à usage unique, ou des pompes avec des composants électroniques, contribue à générer des déchets de soins, en ville comme à l'hôpital.

Conformément aux ambitions gouvernementales de favoriser la transition écologique des différents secteurs de l'économie et en particulier de réduire l'empreinte environnementale du secteur de la santé, dans les Plans nationaux environnement (dont le 4^e Plan courant jusqu'en 2025), la mesure proposée vise à limiter la génération de déchets de soins et à contribuer à lutter contre le gaspillage potentiel de produits de santé. Elle viendra compléter des dispositions déjà prévues telle que la remise en bon état d'usage ou l'existence de pénalités pour des conditionnements inadaptés pour le médicament qui avaient été introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

La mesure permet le retraitement des dispositifs médicaux à usage unique, et la mise en place d'une remise pour les produits de la liste des produits et prestations (LPP) particulièrement générateurs de déchets de soins. Il est ainsi proposé de permettre à titre expérimental et pour une durée de deux ans, aux établissements de santé, d'une part, de céder des dispositifs usagés et, d'autre part, d'acheter des dispositifs à usage unique retraités auprès de fabricants de dispositifs médicaux, en vue de leur réutilisation. Par ailleurs, elle prévoit un mécanisme de remise obligatoire pour l'exploitant en cas d'inscription sur la LPP d'un produit de santé présentant un conditionnement inadapté, ou dont l'utilisation est génératrice de déchets de soin supplémentaires ou de gaspillage par rapport à la prise en charge existante. Ce mécanisme contribuera à assurer le développement et la mise à disposition de dispositifs médicaux plus vertueux sur le plan environnemental.

Article 30

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 162-1-21, après les mots : « et L. 861-3 », sont insérés les mots : « , et sous réserve des dispositions du second alinéa de l'article L. 322-5-1, » ;

2° Après le premier alinéa de l'article L. 322-5, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en œuvre du transport, tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins, ses frais de transports sont pris en charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration. » ;

3° A l'article L. 322-5-1, après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Cette dispense d'avance des frais ne s'applique pas lorsque le patient refuse un transport partagé dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 322-5. » ;

4° A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1, après la quatrième occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « ainsi que de la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L. 322-5 ».

Exposé des motifs

Le déploiement des transports partagés permet de poursuivre un triple objectif : l'amélioration de la réponse aux besoins de transport en permettant, de fait, une augmentation de l'offre de transports sanitaires à nombre de véhicules constant ; la réduction de l'empreinte écologique de ce secteur d'activité qui totalise aujourd'hui 65 millions de trajets par an pour les seuls taxis et véhicules sanitaires légers (VSL), et la maîtrise des dépenses d'assurance maladie - le coût d'un transport partagé est en effet inférieur de 15 à 35 % par trajet, selon le nombre de patients transportés concomitamment. En 2022, les transports partagés ont ainsi permis de réduire de 34 M€ les dépenses de l'assurance maladie.

Des mesures incitant les transporteurs à développer les transports partagés ont déjà été prévues dans les avenant 10 et 11 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés.

Pourtant le transport partagé représente actuellement moins de 15% des dépenses pour les VSL, une part stable depuis 2018 (et plus faible que dans d'autres pays). Il apparaît nécessaire de mobiliser de nouveaux leviers permettant de contribuer à leur développement rapide.

La mesure concerne les transports programmés uniquement, et prévoit que, lorsque le transport partagé est jugé compatible avec l'état de santé du patient et que le transporteur a été en capacité de proposer un transport partagé au patient, si le patient le refuse, il doit faire l'avance de frais et ne sera remboursé par l'assurance maladie que sur la base du tarif de transport partagé.

CHAPITRE III
**GARANTIR ET SÉCURISER L'ACCÈS DES FRANÇAIS AUX MÉDICAMENTS DU QUOTIDIEN
ET AUX PRODUITS DE SANTÉ INNOVANTS**

Article 31

I. – L'article L. 164-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le tarif de cession des produits mentionnés au 1° de l'article L. 1222-8 du code de la santé publique cédés pour une finalité transfusionnelle est déterminé en tenant compte du coût de revient de la collecte, la qualification biologique, la préparation, la distribution, la délivrance et le contrôle de la qualité desdits produits incombant à l'Etablissement français du sang. »

II. – Les 3° et 4° de l'article L. 1222-8 du code de la santé publique sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« 3° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie contribuant au financement de missions de service public assurées par l'établissement, ainsi que des surcoûts temporaires non couverts par les modalités d'ajustement des tarifs mentionnés au 1°. Le montant de cette dotation est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes.

Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret.;

« 4° Des produits divers, des dons et legs ainsi que des subventions de l'Etat, des collectivités publiques et de leurs établissements publics. »

Exposé des motifs

L'Établissement français du sang (EFS), en charge du service public transfusionnel, est confronté à des difficultés structurelles traduisant l'inadaptation de son modèle économique, et menaçant son équilibre financier et l'avenir de la filière française de production des médicaments dérivés du plasma (MDP).

Cette mesure vise à faire évoluer le financement de l'EFS pour garantir sa viabilité et sa résilience pour les années à venir. Afin de conforter les capacités opérationnelles de l'EFS dans un contexte de diminution durable de ses ressources traditionnelles, elle fait évoluer son financement vers un modèle mixte : une partie correspondant au financement à l'activité, et une autre partie correspondant à ses missions de service public ou à des activités ne pouvant être valorisées au travers d'une tarification dédiée, par le biais d'une dotation de l'assurance maladie qui complètera le financement via les tarifs de cession des produits de l'activité de l'établissement. Ce nouveau modèle apportera une plus grande lisibilité pour l'établissement comme pour ses tutelles, et une plus grande transparence sur le financement par l'assurance maladie des activités liées au service public du sang. Il contribuera aussi à sécuriser la situation financière de l'EFS pour lui permettre de poursuivre l'exercice de ses missions ainsi que sa transformation et sa modernisation dans les meilleures conditions.

Article 32

I. – L'article L. 5121-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au 2° :

a) Au *a*, après le mot : « stock », sont ajoutés les mots : « ou d'arrêt de commercialisation » ;

b) Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

« A titre dérogatoire, afin de répondre à l'ensemble des besoins nationaux, le ministre chargé de la santé peut autoriser par arrêté la dispensation par les pharmacies d'officine de ces préparations hospitalières spéciales. » ;

2° Au 3°, sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel et temporaire, pour faire face à une rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ou à un arrêt de commercialisation d'un tel médicament ou pour faire face à une menace ou à une crise sanitaire grave, et pour garantir la qualité et la sécurité d'utilisation des produits, le ministre chargé de la santé autorise par arrêté la réalisation, par les officines disposant de l'autorisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 5125-1-1, pour leur propre compte ou pour le compte d'une autre officine dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5125-1, de préparations officinales spéciales respectant les exigences suivantes :

« 1° Elles sont soumises à prescription médicale ;

« 2° Elles sont réalisées selon une monographie publiée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

« 3° Elles sont préparées à partir de matière première à usage pharmaceutique fournie par un établissement pharmaceutique d'un établissement de santé défini à l'article L. 5124-9. »

II. – Après l'article L. 162-16-4-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-4-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-4-5.* – Les prix de cession, couvrant les frais de la réalisation et de la dispensation en officine, des préparations hospitalières spéciales mentionnées au deuxième alinéa du 2° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, lorsqu'elles font l'objet d'une dispensation en officine, et des préparations officinales spéciales mentionnées au deuxième alinéa du 3° du même article sont fixés par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

La lutte contre les pénuries de médicaments est un axe majeur de l'action du gouvernement pour contribuer à garantir l'accès de nos concitoyens à des soins de qualité en fonction de leurs besoins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a permis de pérenniser l'organisation mise en œuvre par les établissements publics de santé au cours de la crise sanitaire, pour répondre aux enjeux critiques de production de médicaments utilisés en réanimation. Elle a conduit à créer un nouveau statut dit de « préparations hospitalières spéciales » pour permettre aux établissements de santé d'avoir une capacité de production alternative en cas de pénuries marquées de médicaments utilisés à l'hôpital. Les difficultés récentes conduisent à renforcer ce cadre de réponse d'urgence à des situations de retrait de commercialisation de certains produits ou de ruptures d'approvisionnement par deux mesures complémentaires. La présente mesure facilite la reprise des droits de productions de médicaments dits matures par une autre entreprise, en responsabilisant l'entreprise détentrice ou exploitante de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dont la commercialisation serait arrêtée. En complément, elle permet également la réalisation de « préparations hospitalières spéciales », dans le cas d'un arrêt de commercialisation afin d'avoir une alternative rapide et temporaire de production en attente de la mise en œuvre effective de la mesure du présent projet de loi relative au soutien du maintien sur le marché des médicaments matures.

De plus, la situation au cours de l'hiver 2022-2023 a montré la nécessité de sécuriser le dispositif suivant lequel des officines de ville produisent dans des délais très courts des volumes importants de préparations officinales, en alternative à des spécialités pharmaceutiques en rupture. C'est dans ce contexte qu'il est proposé de créer le cadre des préparations officinales spéciales, qui sont réalisées suivant les modalités fixées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), et qui sont remboursées par l'assurance maladie suivant un tarif fixé par arrêté ministériel.

Article 33

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A l'article L. 5121-29 :

a) Le premier alinéa est précédé par la référence : « I. – » ;

b) Au troisième alinéa, après le mot : « difficulté », sont insérés les mots : « , rupture ou risque de rupture » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« II. – La rupture d'approvisionnement se définit comme l'incapacité pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur définie à l'article L. 5126-1, de dispenser un médicament à un patient dans un délai donné, qui peut être réduit à l'initiative du pharmacien lorsque la poursuite optimale du traitement l'impose. Ce délai, ainsi que les diligences que le pharmacien doit accomplir pour dispenser le médicament, sont définis par décret en Conseil d'Etat. » ;

2° Après l'article L. 5121-33, sont insérés deux articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 5121-33-1.* – En cas de rupture d'approvisionnement, un arrêté du ministre chargé de la santé peut rendre obligatoire le recours à l'ordonnance dite de dispensation conditionnelle, dans les conditions prévues par les articles L. 5121-12-1-1 et L. 5121-20, ou la délivrance de médicaments à l'unité, dans les conditions prévues par l'article L. 5123-8. Il est mis fin sans délai à ces mesures, par arrêté du même ministre, lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

« L'arrêté mentionné au premier alinéa précise les médicaments concernés parmi ceux identifiés en application du 15° de l'article L. 5121-20 ou mentionnés sur la liste établie en application du deuxième alinéa de l'article L. 5123-8.

« *Art. L. 5121-33-2.* – En cas de rupture d'approvisionnement, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté, limiter ou interdire la prescription de certains médicaments concernés par cette rupture d'approvisionnement, désignés dans l'arrêté, réalisée par un acte de télémédecine. Il est mis fin sans délai à ces mesures, par arrêté du même ministre, lorsqu'elles ne sont plus nécessaires. »

Exposé des motifs

Les situations de pénuries de médicaments à forts enjeux de santé publique, et notamment des antibiotiques, nécessitent la mobilisation de leviers afin d'épargner les volumes disponibles. Certains leviers peuvent être mobilisés en renforçant les actions de maîtrise de la prescription et de la délivrance. La présente mesure met en œuvre trois différents leviers.

En premier lieu, la délivrance à l'unité (DAU) sera rendue obligatoire pour des médicaments en situation de pénuries, quand la forme galénique est appropriée. En deuxième lieu, le dispositif de test rapide d'orientation diagnostique (TROD), qui permet de confirmer le diagnostic d'angine d'origine bactérienne et d'éviter de nombreuses prescriptions et délivrances inappropriées, sera renforcé avec l'obligation pour les médecins en période de pénurie de prescrire un antibiotique sous réserve du résultat positif du TROD réalisé en officine. En troisième lieu, la prescription d'antibiotiques nécessite un examen clinique, c'est la mesure prévoit, en cas de pénuries, de restreindre la prescription d'antibiotiques par téléconsultation à des exceptions spécifiquement listées, notamment aux situations épidémiques associées à des consignes de réduction des déplacements.

Cette meilleure maîtrise des prescriptions devrait contribuer à limiter les phénomènes de demandes de prescription de médicaments pour constituer des stocks de précaution à domicile, de nature à amplifier et maintenir sur une durée longue ces épisodes de pénuries.

Article 34

L'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au I, les mots : « pour les actes innovants » et les mots : « renouvelable une fois » sont supprimés ;

2° Au premier alinéa du II et au deuxième alinéa du III, les mots : « , renouvelable une fois pour les évaluations complexes » sont supprimés ;

3° Le deuxième alinéa du II est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Peuvent proposer à la Haute Autorité de santé de s'autosaisir de l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation, selon des modalités définies par voie réglementaire :

« 1° Les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique ;

« 2° Les associations d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code ;

« 3° L'exploitant, au sens du I de l'article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale, d'un produit de santé mentionné à l'article L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, lorsque ce produit est, d'une part, associé à l'action thérapeutique ou diagnostique de l'acte à évaluer et, d'autre part, à usage collectif. »

Exposé des motifs

Aujourd'hui, les entreprises ne peuvent pas déposer directement une demande d'évaluation d'actes par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans l'objectif de permettre une inscription aux différentes nomenclatures d'actes existantes (classification commune des actes médicaux – CCAM- nomenclature des actes de biologie médicale –NABM- ou nomenclature générale des actes et prestations -NGAP). Seuls les conseils nationaux professionnels (CNP), les associations de patients agréées, le ministère de la santé ou l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie peuvent le faire.

Dans l'objectif de favoriser la diffusion de l'innovation et d'améliorer la pertinence des traitements, cette mesure permet d'ajouter à la liste des demandeurs les entreprises exploitant des dispositifs médicaux à usage collectif ou des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* susceptibles de pouvoir bénéficier d'une prise en charge au titre de l'acte correspondant.

En outre, afin d'accélérer la prise en charge, les délais complémentaires pour les évaluations complexes par la HAS seront supprimés à trois étapes du processus : l'évaluation médicale de l'acte par la HAS (suppression du délai renouvelable de 6 mois), la remise du rapport de hiérarchisation du Haut conseil des nomenclatures (HCN) à l'UNCAM, et la description et hiérarchisation par le HCN pour les actes innovants (suppression du délai renouvelable de trois ans). Les modalités seront également définies par voie réglementaire.

Article 35

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

1° A l'article L. 5121-12 :

a) Au 3° du I, après le mot : « thérapeutiques » sont ajoutés les mots :

« et, s'agissant d'un vaccin, au vu de recommandations vaccinales émises par la Haute Autorité de santé » ;

b) A la première phrase du IV, les mots : « l'exploitation du médicament, d'un protocole » sont remplacés par les mots :

« L'exploitation du médicament :

« 1° D'un engagement d'approvisionnement approprié et continu du marché national de manière à couvrir les besoins des patients en France, dans les conditions prévues au chapitre I^{er} quater du présent titre ;

« 2° D'un protocole » ;

2° A l'article L. 5121-12-1 après le 2° du VIII, est inséré un nouvel alinéa 3° ainsi rédigé :

« 3° Le refus opposé à une demande d'autorisation d'accès précoce, dans une indication considérée, au seul motif du 4° du I de l'article L. 5121-12, ne fait pas obstacle à l'octroi d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée dans les conditions mentionnées au premier alinéa du présent II dans l'indication considérée ».

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

1° A l'article L. 162-16-5-1-1 :

a) Après le cinquième alinéa du B du II, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 5° En cas de manquement à l'engagement d'approvisionnement mentionnée au IV de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, après que le laboratoire exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations. » ;

b) Le V devient le VI ;

c) Avant le VI, il est inséré un V ainsi rédigé :

« V. – Pour l'application du III et IV du présent article dans le cas d'une prise en charge temporaire en application de l'article L. 162-16-5-1-2 faisant suite à la prise en charge en application du présent article, le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire est calculé et appliqué à la fin de la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2, en prenant en compte l'ensemble des périodes de prise en charge. »

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

« *Art. L. 162-16-5-1-2. – I. – Les spécialités dont la prise en charge au titre de l'autorisation en accès précoce a pris fin pour le motif mentionné au A du II de l'article L. 162-16-5-1 peuvent, pour chaque indication thérapeutique considérée, lorsque les conditions mentionnées au II du présent article sont remplies, bénéficier d'un régime temporaire de prise en charge prévu au présent article.*

« II. – Les spécialités concernées remplissent les conditions suivantes :

« 1° Etre classées dans une catégorie, définie par voie réglementaire, de médicaments réservés à un usage hospitalier.

« 2° Ne pas être prises en charge au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 dans la ou les indications considérées ;

« 3° Avoir fait l'objet d'un avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique qui :

« a) Reconnaît à la spécialité, dans la ou les indications considérées, un niveau de service médical rendu et une amélioration du service médical rendu au moins égal à un niveau fixé par décret ;

« b) Estime qu'un plan de développement de la spécialité, proposé par l'entreprise exploitante, est de nature à fournir les données permettant d'actualiser son évaluation, atteste de l'existence de ce plan de développement et fixe le délai dans lequel les données doivent être fournies par l'entreprise exploitante.

« III. – Durant la période temporaire mentionnée au titre du présent I :

« 1° La prise en charge s'effectue sur la base d'une indemnité fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette indemnité est déterminée en fonction du prix ou tarif le plus bas existant dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable déterminés par décret.

« A défaut d'un prix ou tarif connus en application de l'alinéa précédent, l'indemnité est déterminée sur la base du premier montant déclaré de l'indemnité mentionnée au I. de l'article L. 162-16-5-1-1.

« A l'indemnité déterminée selon le premier ou le second alinéa ci-dessus, est appliquée une décote fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui tient compte de l'avis de la commission mentionnée au 3° du II. L'arrêté détermine les éléments à prendre en compte pour la fixation de cette décote, notamment le délai fixé par la commission en application du b de ce 3°.

« 2° Les obligations prévues au deuxième alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 s'appliquent aux spécialités prévues au présent article.

« IV. – A. Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre du I, le titulaire de l'autorisation prévue au présent article est soumis au mécanisme de reversement ainsi qu'au mécanisme de remise supplémentaire prévus respectivement au A du II et au III de l'article L. 162-16-5-1-1.

« B. – Les taux de remise mentionnés au A font l'objet de majorations, reconductibles le cas échéant chaque année :

« 1° A compter de la deuxième année de l'autorisation délivrée en application du présent article ;

« 2° En cas de dépassement du délai prévu dans l'avis de la commission mentionnée au 3° du I ;

« 3° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif, sur la base du nouvel avis de la commission mentionnée au 3° du II, dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7.

« Ces majorations mentionnées au B, qui sont le cas échéant reconductibles chaque année, sont fixées de sorte qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne puisse être soumise à reversement.

« V. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge temporaire mentionnée au I est accordée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur demande de l'entreprise assurant l'exploitation de la spécialité du médicament.

« VI. – Le recueil des données mentionné au IV de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique se poursuit sur la période régie par le présent article, à la charge de l'entreprise qui assure l'exploitation de la spécialité.

« VII. – Pour chaque indication considérée, il est mis fin à la prise en charge mentionnée au I :

« 1° Lors de l'inscription de la spécialité sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;

« 2° Par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au vu d'un nouvel avis de la commission mentionnée au 3° du II ne permettant pas une inscription sur la liste mentionnée au 1° ci-dessus ;

« 3° En cas de retrait de l'autorisation de mise sur le marché, de radiation de la liste mentionnée à l'article L.5123-2 du code de la santé publique ou de l'absence ou de retrait de demande d'inscription sur la liste mentionnée au 1° précité ;

« 4° Au-delà d'une durée fixée par décret qui ne peut être supérieure à 36 mois.

« VIII. – Les dispositions du IV de l'article L. 162-16-5-1-1 sont applicables aux spécialités prises en charge au titre du présent article.

« IX. – Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article. »

3° A la première phrase de l'article L. 162-16-5-3, après les mots : « au moins l'une de ses indications », sont insérés les mots : « ou bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 pour au moins l'une de ses indications » ;

4° A l'article L. 162-22-7-3, après la référence : « L. 162-16-5-1 », est insérée la référence : « L. 162-16-5-1-2 » ;

5° L'article L. 162-18 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du VI est complété, après les mots : « prise en charge correspondante au titre des articles L. 165-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code » sont ajoutés les mots : « ou ayant bénéficié de ces dispositifs puis de la prise en charge mentionnée à l'article L. 162-16-5-1-2 » ;

b) Au deuxième alinéa du VI est complété, après les mots : « prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et le cas échéant de l'article L. 162-16-5-2 » sont ajoutés les mots : « et de l'article L. 162-16-5-1-2 ».

Exposé des motifs

Le dispositif d'accès dérogatoire pour les médicaments a été rénové par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 afin de prévoir des délais administratifs plus courts, des critères d'éligibilité plus précis et le recueil de données observationnelles. Deux nouveaux dispositifs d'accès et de prise en charge par l'assurance maladie ont été créés : l'accès précoce et l'accès compassionnel. Cette réforme importante a conforté la possibilité pour les patients atteints de maladie grave, rare ou invalidante en situation d'impasse thérapeutique de bénéficier d'un accès simple et rapide à des traitements présumés innovants ou non autorisés en France.

Cette réforme entrée en vigueur en juillet 2021 a connu un fort succès. Ainsi, en 2022 plus de 100 000 patients atteints de maladies rares ou graves ont pu bénéficier au titre des accès dérogatoires d'un traitement presque un an avant nos voisins européens. Au total, ce sont deux fois plus de patients qui ont été pris en charge dans ce cadre dérogatoire depuis juillet 2021 par rapport au dispositif antérieur.

Pour autant certains points d'amélioration subsistent et ont déjà identifiés tels que les difficultés rencontrées lors de la transition entre la fin de l'accès dérogatoire et le droit commun, l'approvisionnement du marché français, les conditions d'octroi des accès compassionnels, ou encore l'entrée en accès précoce pour les médicaments spécifiques que sont les vaccins. La présente mesure propose en conséquence de poursuivre l'amélioration des dispositifs d'accès précoces et compassionnels tout en assurant la soutenabilité financière par la solidarité nationale.

Article 36

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – A l'article L. 5124-6 :

1° Il est inséré un I au début de l'article ;

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

« II. – Quand la décision de suspendre ou de cesser la commercialisation concerne un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 ne faisant plus l'objet d'une protection au titre des droits de propriété intellectuelle ou industrielle, l'entreprise pharmaceutique qui l'exploite précise, dans la déclaration qu'elle transmet à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application du I, les incidences prévisibles de la suspension ou cessation de commercialisation sur la couverture des besoins de la population française.

« Si les alternatives disponibles ne permettent pas de couvrir le besoin de manière pérenne, l'Agence en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, à qui il incombe alors de mettre en œuvre les démarches pour rechercher une entreprise pharmaceutique assurant la reprise effective de l'exploitation du médicament. A cette fin :

« 1° Le titulaire de l'autorisation informe, par tout moyen approprié, les entreprises pharmaceutiques susceptibles de reprendre la commercialisation de son intention de leur concéder l'exploitation ou de leur transférer l'autorisation de mise sur le marché du médicament concerné ;

« 2° Le titulaire de l'autorisation répond de façon motivée à chaque offre reçue ;

« 3° Le titulaire de l'autorisation ainsi que, le cas échéant et sur demande du titulaire, l'entreprise pharmaceutique exploitant le médicament donnent accès à toutes informations nécessaires aux entreprises candidates à la reprise de la commercialisation du médicament, exceptées les informations dont la communication serait de nature à porter atteinte aux intérêts de l'entreprise. Les entreprises candidates à la reprise de la commercialisation sont tenues à une obligation de confidentialité.

« Dès qu'il envisage de retenir une offre de reprise, et hors ce cas au plus tard neuf mois après la réception de l'information transmise par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application du deuxième alinéa du présent II, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché remet à l'Agence un rapport indiquant les actions engagées pour rechercher un repreneur, les offres reçues, ainsi que, pour chacune, les raisons qui l'ont conduit à l'accepter ou la refuser, notamment au regard du niveau de sécurité d'approvisionnement que l'entreprise candidate est en capacité d'assurer. Cette capacité peut être appréciée en prenant en compte la localisation des sites de production.

« En cas d'absence de repreneur à la remise du rapport ou, au plus tard, au terme du délai mentionné à l'alinéa précédent, si le besoin ne peut être couvert de manière pérenne et si l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé le demande, le titulaire de l'autorisation de mise sur marché concède à titre gracieux à un établissement pharmaceutique détenu par une personne morale de droit public l'exploitation et la fabrication du médicament pour le marché français pour une durée de deux ans reconductible. Cet établissement pharmaceutique se voit transmettre, par l'Agence, les informations contenues dans le dossier d'autorisation de mise sur le marché. La concession peut prendre fin de manière anticipée, sur décision de l'Agence, si une entreprise met sur le marché français le même médicament ou un médicament similaire dans des conditions permettant de couvrir le besoin de manière pérenne. »

II. – L'article L. 5124-18 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 16° Les modalités d'application du II de l'article L. 5124-6. »

III. – A l'article L. 5423-9 :

1° Aux 2° et 3°, les mots : « premier alinéa de l'article L. 5124-6 » sont remplacés par les mots : « premier alinéa du I de l'article L. 5124-6 » ;

2° Au 4°, les mots : « second alinéa de l'article L. 5124-6 » sont remplacés par les mots : « second alinéa du I de l'article L. 5124-6 » ;

3° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 ne faisant plus l'objet d'une protection au titre des droits de propriété intellectuelle ou industrielle, quand l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé informe que les alternatives disponibles ne permettent pas de couvrir le besoin de manière pérenne, de ne pas mettre en œuvre les obligations mises à sa charge par les dispositions du II de l'article L. 5124-6. »

IV. – Au deuxième alinéa du II de l'article L. 5471-1, les mots : « à l'article L. 5423-9 » sont remplacés par les mots : « aux 1° à 7° de l'article L. 5423-9 ».

V. – Après le cinquième alinéa de l'article L. 5312-4-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, la sanction financière mentionnée au 8° de l'article L. 5423-9 est versée à la Caisse nationale de l'assurance maladie. »

VI. – Le troisième alinéa de l'article L. 5121-31 est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'Agence peut, après une procédure contradictoire, compléter cette liste si un médicament d'intérêt thérapeutique majeur y est omis. »

Exposé des motifs

Dans le cadre des pénuries et des tensions d'approvisionnement en médicaments dits matures, c'est-à-dire dont le brevet ne fait plus l'objet d'une protection au titre de la propriété intellectuelle, l'une des causes identifiées est la faible rentabilité de ces produits. Cette faible rentabilité contraste notamment avec les prix élevés des nouveaux produits, incitant des entreprises à concentrer leurs efforts sur ces produits plus rentables et à forte marge, quitte à abandonner parfois l'exploitation d'autres produits dits matures.

Aujourd'hui, une entreprise pharmaceutique qui cesserait la commercialisation d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) doit déjà en informer l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) au moins un an avant la date envisagée d'arrêt. La présente va plus loin dans l'obligation de moyens qui pèse sur l'entreprise pharmaceutique, l'obligeant à entamer toutes les démarches possibles en vue de trouver un repreneur. Cette mesure vise ainsi à faciliter la reprise des droits de production de médicaments dits matures par une autre entreprise, en responsabilisant l'entreprise détentrice ou exploitante de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dont la commercialisation serait arrêtée. Elle s'inspire du dispositif prévu par la loi n° 2014-384 du 29 mars 2014 visant à reconquérir l'économie réelle, dite « Florange », à l'égard des entreprises ayant pour projet de fermer un établissement. La transposition s'appliquant ici au cas de l'abandon de l'exploitation d'une AMM par un industriel du secteur pharmaceutique.

CHAPITRE IV
RENFORCER LES POLITIQUES DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE

Article 37

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

1° L'article L. 232-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa, les dispositions de la sous-section 2 de la présente section ne sont pas applicables aux personnes hébergées dans un établissement mentionné aux I, II et IV *bis* de l'article L. 313-12 situé dans un département mettant en œuvre le régime adapté de financement mentionné à l'article L. 314-15. » :

2° Après la section 4 du chapitre IV du titre I^{er} du livre III, il est inséré une section 5 ainsi rédigée :

« Section 5
« Régime adapté de financement de certains établissements

« Art. L. 314-15. – I. – Les départements peuvent opter, par délibération de leur assemblée délibérante, pour un régime adapté de financement des établissements mentionnés aux I, II et IV *bis* de l'article L. 313-12.

« Les dispositions du présent chapitre sont applicables à ces établissements sous réserve des adaptations prévues par la présente section.

« II. – Le régime adapté de financement est applicable à compter de l'exercice qui suit l'année au cours de laquelle la délibération mentionnée au I est transmise au représentant de l'Etat, si cette transmission a lieu au plus tard le 31 janvier de l'année en question.

« Lorsque la délibération est transmise après cette date, le régime adapté est applicable à compter de l'exercice suivant l'exercice mentionné à l'alinéa précédent.

« III. – Un décret dresse la liste des départements ayant choisi le régime adapté de financement.

« Art. L. 314-16. – I. – Dans les départements ayant opté pour le régime adapté de financement, pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 314-15, les charges couvertes par les forfaits globaux mentionnés au 1° et au 2° du I de l'article L. 314-2 sont, par dérogation à ces dispositions, financées par un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Ce forfait global unique prend notamment en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents dans les conditions prévues par l'article L. 314-9, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente. Ce forfait global unique peut en outre :

« 1° Inclure des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières ou à la mission de centre de ressources territorial mentionnée à l'article L. 313-12-3, définis dans le contrat prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 ;

« 2° Tenir compte de l'activité réalisée, de l'atteinte des objectifs du contrat mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12, ainsi que de l'existence de surcoûts liés au lieu d'implantation de l'établissement ou du service ;

« 3° Financer des actions de prévention ou des mesures de revalorisation salariale de personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les tarifs journaliers afférents à l'hébergement mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-2.

« II. – Le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente fixe chaque année le montant du forfait global unique mentionné au I.

« *Art. L. 314-17.* – Par dérogation au II de l'article L. 314-2, le forfait global unique mentionné à l'article L. 314-16 est fixé, pour les établissements nouvellement créés, en prenant en compte le niveau de dépendance moyen national des résidents et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixés annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« *Art. L. 314-18.* – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 314-9, l'évaluation de la perte d'autonomie des résidents des établissements mentionnés au I de l'article L. 314-15 est transmise pour contrôle et validation à un médecin ou un infirmier désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente.

« *Art. L. 314-19.* – I. – Les résidents acquittent, au titre de la prise en charge de leur perte d'autonomie, une participation journalière aux dépenses d'entretien de l'autonomie dont les modalités de détermination et de mise en œuvre sont fixées par décret.

« II. – Il est garanti aux personnes accueillies dans les établissements mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 232-8 habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, un montant minimum tenu à leur disposition après paiement des prestations à leur charge mentionnées au 3° du I de l'article L. 314-2 et au I de l'article L. 314-16 fixé par décret.

« La participation mentionnée au I peut être prise en charge par l'aide sociale prévue à l'article L. 231-4 dans les conditions prévues au livre Ier.

« *Art. L. 314-20.* – Le forfait global unique mentionné au I de l'article L. 314-16 est versé par l'organisme payeur de l'assurance maladie territorialement compétent en tenant compte des participations forfaitaires mentionnées à l'article L. 314-19.

« Art. L. 314-21. – Les dispositions du II de l'article L. 232-8 sont applicables aux départements ayant opté pour le régime adapté de financement, à l'égard des personnes qui sont à leur charge en application de l'article L. 122-1, lorsque celles-ci résident dans un établissement situé dans un département qui n'a pas opté pour le régime adapté de financement.

« Les versements effectués en application de l'alinéa précédent sont intégralement remboursés aux départements ayant opté pour le régime adapté de financement par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, selon des modalités définies par décret.

« Art. L. 314-22. – Dans les départements ayant opté pour le régime adapté de financement et par dérogation au IV *ter* de l'article L. 313-12, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements mentionnés à l'article L. 342-1 n'est conclu qu'avec le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, sauf si le président du conseil départemental fait connaître à celui-ci son intention d'être associé à la négociation et à la signature du contrat dans l'année qui précède le début de la négociation. ».

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

1° Au 3° de l'article L. 162-22, les mots : « unités ou centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des » ;

2° L'article L. 174-5 est ainsi modifié :

a) Avant le premier alinéa, il est inséré un I ;

b) Au premier alinéa, les mots : « unités ou centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des » ;

c) Au second alinéa, les mots : « les unités ou centres de long séjour » sont remplacés par les mots : « ces établissements » ;

d) Après le second alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Lorsqu'il est fait application du régime adapté de financement prévu à l'article L. 314-15 du code de l'action sociale et des familles, le forfait global relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie est pris en charge par l'assurance maladie dans les mêmes conditions que celles prévues à la section 5 du chapitre IV du titre Ier du livre III du même code, à l'exception des dispositions de l'article L. 314-17 du même code.

« Les modalités de détermination et d'allocation du forfait global unique à ces établissements sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Le montant annuel des dépenses afférentes au forfait global unique prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale. »

3° L'article L. 174-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa :

– Les mots : « unités ou centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des » ;

– Les mots : « l'unité ou le centre de » sont remplacés par les mots : « l'établissement de santé autorisé à dispenser des » ;

b) Au deuxième et au troisième alinéa, les mots : « unités et centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des ».

III. – L'article L. 6114-1-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Avant le premier alinéa, il est inséré un I ;

2° Après le cinquième et dernier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Lorsqu'il est fait application du régime adapté de financement prévu à l'article L. 314-15 du code de l'action sociale et des familles, l'annexe n'est conclue qu'avec le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, sauf si le président du conseil départemental a fait connaître à celui-ci son intention d'être associé à la négociation et à la signature du contrat dans l'année qui précède le début de la négociation. ».

IV. – Chaque département ayant opté pour le régime adapté de financement instauré par le présent article reverse chaque année à l'Etat ou à la sécurité sociale, selon une clef de répartition fixée par décret, la somme correspondant au transfert de charges résultant, au profit du département, de la mise en œuvre de ce régime et qui est égale au cumul :

1° De la moyenne des dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes accueillies en établissement mentionnée au I de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles exposées par le département concerné au cours des trois années précédant l'application du régime adapté de financement et retracées dans son compte de gestion, après application le cas échéant d'une valeur individuelle plafond fixée par décret ;

2° Et de la valorisation financière, fixée par décret, des emplois qui cessent d'être affectés à la tarification, prévue au 2° du I de l'article L. 314-2 du même code, des établissements mentionnés aux I, II et IV *bis* de l'article L. 313-12 du même code en raison de l'option pour le régime adapté de financement.

Cette somme peut être imputée en tout ou partie, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, sur le montant du concours versé au département en application du *a* du 3° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale.

V. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 314-15 du code de l'action sociale et des familles introduit par le présent article, le régime adapté de financement est applicable à compter du 1^{er} janvier 2025 lorsque la délibération de l'organe délibérant a été transmise au représentant de l'Etat dans le département avant le 31 mars 2024 inclus.

VI. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 314-19 du code de l'action sociale et des familles introduit par le présent article, la participation prévue à cet article ne peut être supérieure, pour les résidents bénéficiaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie accueillis au 31 décembre de l'année précédant l'application du régime adapté de financement, à celle qu'ils acquittaient à cette date au titre du I de l'article L. 232-8 du même code.

VII. – Lorsqu'il est fait application du régime adapté de financement instauré par le présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente se substitue, au nom de l'Etat, au président du conseil départemental pour l'exécution des engagements des départements inscrits dans les contrats mentionnés au IV *ter* de l'article L. 313-12 du même code au titre du forfait global relatif à la dépendance défini à l'article L. 314-2 du même code, à l'exception de ceux relatifs à la pluri-annualité budgétaire ou rattachables à l'hébergement.

Dans le même cas, pour les conventions pluriannuelles mentionnées au premier alinéa du IV *bis* de l'article L. 313-12 du même code dans sa version antérieure à l'ordonnance n° 2020-1407 du 18 novembre 2020 ou pour l'annexe relative aux soins de longue durée du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionnée à l'article L. 6114-1-2 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente se substitue au président du conseil départemental pour l'exécution des engagements prévus au titre de la dotation relative à la dépendance prévue au IV *bis* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Exposé des motifs

Plusieurs rapports (rapport grand âge et autonomie de Dominique Libault, rapport de la députée Pirès-Beaune) ont pointé les limites du modèle actuel de financement des établissements d'accueil des personnes âgées : les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les unités de soins de longue durée (USLD). Ce modèle repose sur un système complexe de répartition des charges et des financements en trois sections, obéissant à des règles différentes, tant en termes d'allocation de ressources que de responsabilités financières : agence régionale de santé (ARS) pour les soins ; conseil départemental pour la perte d'autonomie ; aide sociale, le cas échéant, pour l'hébergement.

La mesure propose de procéder à une simplification du mode de financement des établissements, en fusionnant à partir de 2025, dans les départements volontaires, les dépenses afférentes à la prise en charge de la dépendance de celles afférentes au soin en les regroupant dans une section unique relevant d'un financement par la cinquième branche de la sécurité sociale. Cette simplification pour les gestionnaires et pour les conseils départementaux permettra également d'apporter une réponse d'équité et de soutenabilité financière aux établissements.

Par ailleurs cette fusion permet de réinterroger la pertinence de la répartition des charges entre sections tarifaires des EHPAD. Il est ainsi prévu que la future section soins et entretien de l'autonomie prenne en charge des dépenses de prévention, dont le financement est aujourd'hui principalement assis sur des mesures ponctuelles, de la part des ARS ou des conseils départementaux.

Cette fusion donnera lieu à des transferts financiers entre les départements optant pour ce régime de financement adapté, l'État et la cinquième branche, dont les modalités seront précisées notamment dans le cadre de la loi de finances pour 2025.

Article 38

I. – Le livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 2112-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) A la première phrase, après le mot : « annuelle », sont insérés les mots : « fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé, » ;

b) Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, la part à la charge des régimes d'assurance maladie peut être fixée à un niveau supérieur dans le cadre d'une convention conclue entre le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental. » ;

c) La seconde phrase devient le second alinéa ;

2° Le chapitre IV du titre III est ainsi rédigé :

« CHAPITRE IV

« SERVICE DE REPÉRAGE, DE DIAGNOSTIC ET D'INTERVENTION PRÉCOCE

« *Art. L.2134-1.* – Les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, les professionnels de soins de ville, les services départementaux de protection maternelle et infantile et les services de l'éducation nationale assurent le repérage des enfants de moins de six ans susceptibles de présenter un trouble de santé à caractère durable et invalidant de quelque nature que ce soit, notamment un trouble du neuro-développement. Ce repérage s'appuie notamment sur les examens médicaux obligatoires prévus à l'article L. 2132-2.

« Un parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention est pris en charge par l'assurance maladie, sur prescription médicale pour ces enfants, dans les conditions prévues par le présent article ou, le cas échéant, dans les conditions prévues aux articles L. 2135-1 et L. 2136-1.

« Le parcours est organisé, selon la nature des troubles, par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements et services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les établissements mentionnés à l'article L. 6111-1 du présent code. Ces structures respectent un cahier des charges défini par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des personnes handicapées. La rémunération de tout ou partie des prestations réalisées dans le cadre de ce parcours prend la forme d'un forfait.

« Les structures mentionnées à l'alinéa précédent peuvent conclure, pour la réalisation des bilans, diagnostics ou interventions, un projet de parcours avec des professionnels de santé libéraux mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale, aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et avec des psychologues. Ce projet de parcours prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant ainsi que les modalités de calcul et de versement de la rémunération des prestations réalisées.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de prescription, les conditions d'intervention des professionnels, la durée de prise en charge et les conditions de calcul et de versement des rémunérations des professionnels participant au parcours. » ;

3° Le troisième alinéa de l'article L. 2135-1 est ainsi modifié :

a) A la première phrase, la première occurrence du mot : « contrat » est remplacée par les mots : « projet de parcours » et les mots : « au contrat type » sont remplacés par les mots : « à un modèle » ;

b) A la deuxième phrase, le mot : « contrat » est remplacé par les mots : « projet de parcours » ;

c) La dernière phrase est supprimée ;

4° Au deuxième alinéa de l'article L. 2136-1, le mot : « contrat » est remplacé par les mots : « projet de parcours ».

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

1° L'article L. 160-8 est complété par un 10° ainsi rédigé :

« 10° La couverture des frais relatifs au parcours mentionné à l'article L. 2134-1 du code de la santé publique. » ;

2° Le I de l'article L. 160-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La participation de l'assuré aux frais mentionnés au 10° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle à tout ou partie de ces frais ou forfaitaire. Le taux ou montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 160-14, après la première occurrence du mot : « alinéa », est insérée la référence : « du I » et le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

4° A l'article L. 174-17, les mots : « de l'article L. 2135-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 2134-1, L. 2135-1 ou L. 2136-1 » et les mots : « le parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement » sont remplacés par les mots : « les parcours mentionnés à ces articles ».

III. – Le 2° du I et le II entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2025.

Exposé des motifs

Le Président de la République a annoncé lors de la Conférence Nationale du Handicap le 26 avril dernier, la mise en place d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce pour tous les enfants jusqu'à 6 ans présentant un handicap, et en particulier un trouble du neuro-développement (TND). En effet, le diagnostic tardif des TND est source de surhandicap, de perte de chance pour l'enfant et d'errance des familles.

Dès la naissance et jusqu'à 6 ans, les enfants auront accès à même de les accompagner directement ou de faire appel à des professionnels libéraux. La mesure propose ainsi de coordonner les ressources des structures concernées (notamment les centres d'action médico-sociale précoce – CAMSP- et les plateformes de coordination et d'orientation – PCO-) ainsi que recourir aux professionnels de santé libéraux et aux psychologues.

Ce service, qui capitalise sur les avancées menées en matière de repérage et d'intervention précoce dans le cadre de la stratégie pour l'autisme, s'appuiera sur les mesures de repérage déployées par les acteurs intervenant dans les six premières années de la vie de l'enfant (maternités, protection maternelle et infantile, pédiatres, médecins traitants, médecine scolaire, plateformes de coordination et d'orientation, etc.), et se mettra en œuvre d'ici la fin de l'année 2024 grâce à la complémentarité des acteurs médico-sociaux, sanitaires et des professionnels libéraux.

CHAPITRE V

MODERNISER L'INDEMNISATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Article 39

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

1° A l'article L. 434-2 :

a) Le premier alinéa est précédé d'un « I » ;

b) Au même alinéa, les mots : « d'invalidité » sont remplacés par les mots : « d'incapacité » ;

c) Le deuxième alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente forfaitaire composée de deux parts :

« 1° Une part, dite professionnelle, correspondant à la perte de gains professionnels et à l'incidence professionnelle de l'incapacité. Elle est égale au salaire annuel modulé, multiplié par le taux d'incapacité. Le salaire annuel modulé est égal à une fraction du salaire annuel de la victime ou du salaire annuel minimum mentionné à l'article L. 434-16, dégressive en fonction du niveau de ce salaire. Le taux d'incapacité peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité des lésions et de l'atteinte portée aux perspectives de la victime sur le marché du travail ;

« 2° Une part, dite fonctionnelle, correspondant au déficit fonctionnel permanent de la victime. Elle est égale à une fraction du taux d'incapacité multipliée par une valeur de point d'incapacité fixée par un barème qui tient compte de l'âge de la victime.

« Les règles de modulation du salaire annuel et du taux d'incapacité mentionnées au 1° sont fixées par décret en Conseil d'Etat. La fraction et le barème mentionnés au 2° sont fixés par arrêté des ministres chargés du travail et de la santé. »

d) Le troisième alinéa, devenu le sixième, est précédé d'un II ;

2° A l'article L. 434-16 :

a) Au premier alinéa, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « septième » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « réduit, le cas échéant, par application de l'alinéa suivant » sont remplacés par les mots : « modulé en application du troisième alinéa de l'article L. 434-2 » ;

c) Le dernier alinéa est supprimé ;

3° A l'article L. 434-17, les mots : « mentionnées à l'article L. 434-15 » sont remplacés par les mots : « dues aux victimes atteintes d'une incapacité permanente égale ou supérieure à un taux minimum ou, en cas de mort, à leurs ayants droit » ;

4° Le troisième alinéa de l'article L. 452-2 est ainsi rédigé :

« Lorsqu'une rente a été attribuée à la victime, la part professionnelle et la part fonctionnelle mentionnées respectivement aux 1° et 2° du I de l'article L. 434-2 sont majorées. Le montant de la majoration de la part professionnelle est fixé de telle sorte que la part professionnelle de la rente majorée ne puisse excéder la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, ou, dans le cas d'incapacité totale, le montant de ce salaire. Le montant de la majoration de la part fonctionnelle est fixé de telle sorte que la part fonctionnelle de la rente majorée ne puisse excéder le produit du taux d'incapacité par la valeur de point d'incapacité fixée par le barème mentionné au 2° du I de l'article L. 434-2. » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 452-3, après le mot : « endurées » sont insérés les mots : « avant la consolidation » ;

6° L'article L. 434-15 est abrogé.

II. – Les dispositions du I entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 31 décembre 2024. Elles s'appliquent aux victimes dont l'état est consolidé ou dont le décès est survenu à compter de cette date.

Exposé des motifs

La réparation des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) repose sur des principes de réparation forfaitaire rapide et automatique, décorrélée de la notion de faute. Les partenaires sociaux ont réaffirmé leur attachement à ces principes dans l'accord national interprofessionnel (ANI) du 15 mai 2023. Dans cet accord, les partenaires sociaux insistent sur l'impératif d'apporter des évolutions à la réparation pour « y apporter des améliorations, lui rendre sa robustesse et assurer ainsi sa pérennité » et « appellent le législateur à prendre toutes les mesures nécessaires afin de garantir que la nature duale de la rente AT/MP ne soit pas remise en cause ».

La présente mesure concrétise cette demande et transpose ainsi cette disposition de l'ANI qui relève du champ des lois de financement de la sécurité sociale. Elle précise et améliore le régime d'indemnisation AT-MP en garantissant la nature duale de la rente AT-MP, qui doit couvrir à la fois le préjudice économique et une part des préjudices extra-professionnels de la victime. Ainsi, les victimes AT-MP de droit commun percevront une rente couvrant de manière certaine ces deux types de préjudices, et en cas de faute inexcusable de l'employeur, l'employeur ne sera pas seul à supporter la charge financière d'un préjudice fonctionnel déjà en partie couvert par la rente AT-MP. Ce faisant, la mesure tire les conséquences d'une jurisprudence récente de la Cour de cassation en redéfinissant le caractère dual de la rente et l'évolution du calcul de cette dernière. La présente mesure s'appliquera aux assurés dont le taux d'incapacité permanent sera consolidé dès le 1^{er} janvier 2025.

CHAPITRE VI
POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE RETRAITES

Article 40

I. – La loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est ainsi modifiée :

1° Le *b* du 1° de l'article 5 est ainsi rédigé :

« b) L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :

« – les mots : “1^{er} janvier 1968” sont remplacés par les mots : “1^{er} janvier 1970” ;

« – les mots : “1^{er} septembre 1961” sont remplacés par les mots : “1^{er} janvier 1963” ;

« – les mots : “31 décembre 1967” sont remplacés par les mots : “31 décembre 1969” ; »

2° L'intitulé du titre III est ainsi rédigé : « Bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant - Parents d'enfants malades ou en situation de handicap - Aidants de personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie (Articles 6 et 6-1) » ;

3° L'article 6 est ainsi rédigé :

« *Art. 6.* – Les deux premiers alinéas de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon sous réserve des adaptations suivantes :

« 1° Au premier alinéa, les mots : “du complément familial, de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant ou” sont supprimés et les mots : “à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale” sont remplacés par les mots : “au régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon” ;

« 2° Au deuxième alinéa, les mots : “à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale” sont remplacés par les mots : “au régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon” ;

4° Après l'article 6, il est inséré un article 6-1 ainsi rédigé :

« *Art. 6.1.* – L'article L. 381-2 du code de la sécurité sociale est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sous réserve des adaptations suivantes :

« 1° Au premier alinéa, les mots : “à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale” sont remplacés par les mots : “au régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon” ;

« 2° Au deuxième alinéa, les mots : “à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale” sont remplacés par les mots : “au régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon” ;

« 3° La première phrase du troisième alinéa est ainsi rédigée : “La personne mentionnée à l’article L. 374-5 du code rural et de la pêche maritime ou le travailleur non salarié affilié à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon qui interrompt son activité professionnelle pour s’occuper d’une personne mentionnée à l’article L. 3142-16 du code du travail présentant un handicap ou une perte d’autonomie définis par le décret pris en application de l’article L. 3142-24 du même code est affilié obligatoirement au régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.” ;

« 4° Au quatrième alinéa, les mots : “à l’assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale” sont remplacés par les mots : “au régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon” ;

« 5° Au cinquième alinéa, les mots : “à l’assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale” sont remplacés par les mots “au régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon”.

« 6° Au neuvième alinéa les mots : “des organismes débiteurs des prestations familiales” sont remplacés par les mots : “de la caisse de prévoyance sociale“, les mots : “Caisse nationale des allocations familiales” sont remplacés par les mots : “caisse de prévoyance sociale” et les mots : “par les organismes débiteurs des prestations familiales” sont supprimés. ».

II. – L’article 20-8-5 de l’ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l’amélioration de la santé publique, à l’assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :

1° Les mots : « article 6 de l’ordonnance » sont remplacés par les mots : « article 10 de l’ordonnance » ;

2° Les mots : « l’article 10 de ladite ordonnance » sont remplacés par les mots : « ce même article ».

III. – L’ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :

1° A l’article 6 :

a) Au premier alinéa, les mots : « à compter du 1^{er} janvier 1961 » sont remplacés par les mots : « à compter du 1^{er} janvier 1969 » et les mots : « pour les assurés nés avant le 1^{er} janvier 1961 » sont remplacés par les mots : « pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1962 et le 31 décembre 1968. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « à l’alinéa précédent augmenté de cinq années » sont remplacés par les mots : « au 1° de l’article L. 351-8 du code de la sécurité sociale » ;

2° A l'article 10, les mots : « d'un âge prévu au premier alinéa de l'article 6 » sont remplacés par les mots : « de l'âge prévu à l'article L. 351-1-5 du code de la sécurité sociale » ;

3° Aux premier et second alinéas de l'article 11-1, les mots : « au premier alinéa de l'article 6 » sont remplacés par les mots : « à l'article 10 ».

IV. – 1° Les dispositions du 3° et du 4° du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

2° Les autres dispositions entrent en vigueur pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2024.

Exposé des motifs

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023 a prévu un relèvement progressif de l'âge d'ouverture de droits à retraite pour les assurés nés à compter du 1^{er} septembre 1961 pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} septembre 2023.

Afin de tenir compte des montées en charge spécifiques des conditions de départ à la retraite à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, le Gouvernement a décidé d'adapter ces évolutions dans ces territoires et de prévoir une trajectoire de convergence progressive. La réforme consiste donc en un décalage d'une année de la montée en charge de l'âge d'ouverture des droits d'une génération pour Mayotte et de deux pour Saint-Pierre-et-Miquelon.

La mesure étend également à Saint-Pierre-et-Miquelon les dispositions relatives à l'assurance-vieillesse des aidants (AVA), créée par la LFRSS pour 2023 à compter du 1^{er} janvier 2024, en cohérence avec la date de mise en œuvre de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) et de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

TITRE II
DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DEPENSES DES BRANCHES ET DES
ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES
OBLIGATOIRES

Article 41

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 894 millions d'euros pour l'année 2024.

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 90 millions d'euros pour l'année 2024.

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 190 millions d'euros pour l'année 2024.

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 160,2 millions d'euros pour l'année 2024.

Exposé des motifs

Depuis sa création en 2021, le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) est le vecteur principal de financement du volet investissements du Ségur de la santé pour les volets sanitaires et, dans une moindre mesure, numériques. Ce fonds permet également le financement d'autres actions relatives à l'accompagnement de l'investissement, hors Ségur. À ce titre, les régimes obligatoires d'assurance maladie et la branche autonomie contribuent au budget du FMIS dont la gestion est confiée à la Caisse des dépôts et consignations.

La présente mesure fixe à 190 millions d'euros le montant de la contribution de la branche autonomie aux ARS au titre de l'exercice 2024 pour financer un certain nombre de dispositifs d'appui aux politiques de soutien à la perte d'autonomie : groupements d'entraide mutuelle (GEM), maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA), centres régionaux d'études et d'actions d'information (CREIA) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité ou encore l'habitat inclusif.

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 160,2 millions d'euros, a été calculé pour l'année 2024 en fonction de la prévision de dépenses pour 2023, notamment au regard d'une stabilisation du nombre de demandes et d'une augmentation des dépenses d'indemnisation.

Article 42

Pour l'année 2024, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés à 251,9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Exposé des motifs

La progression des dépenses de la branche maladie évolue pour l'essentiel comme l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dont la progression est décrite à l'article suivant.

Article 43

Pour l'année 2024, 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	108,4
Dépenses relatives aux établissements de santé	105,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	16,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	15,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	6,1
Autres prises en charge	3,3
Total	254,9

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie pour 2024 est fixé à 254,7 milliards d'euros, soit une évolution de +3,2% par rapport à 2023, hors dépenses de crise. Cette progression résulte notamment des revalorisations salariales découlant des annonces du 12 juin 2023, mais également du financement des mesures d'attractivité à l'hôpital et des négociations conventionnelles, ainsi que de l'amélioration de l'accès aux produits de santé. Des mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude sont également prévues. A ces dépenses s'ajoute une dépense prévisionnelle au titre des dépenses de crise estimée à 0,2 Md€. Ainsi, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie y compris dépenses de crise est fixé à 254,9 milliards d'euros, en progression de 2,9 %.

Article 44

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 335 millions d'euros au titre de l'année 2024.

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 355 millions d'euros au titre de l'année 2024.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1,2 milliard d'euros au titre de l'année 2024.

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 191,7 millions d'euros et 9,6 millions d'euros pour l'année 2024.

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.

Concernant en premier lieu le FIVA, pour l'année 2023, compte-tenu de revalorisation du barème d'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux et d'une nouvelle jurisprudence de la Cour de cassation, la prévision d'exécution des dépenses d'indemnisation est supérieure à la prévision initiale et le fonds de roulement est en forte baisse en fin d'année. Pour 2024, le nombre de demandes d'indemnisation serait stable par rapport à 2023. Le montant total des dépenses est ainsi évalué à 431,5 millions d'euros, dont 363 millions d'euros au titre des seules dépenses d'indemnisation. Compte tenu d'une dotation de l'État maintenue à hauteur de 8 millions et des autres produits du fonds, la dotation de la branche AT/MP est fixée à 335 millions d'euros, afin de maintenir le fonds de roulement à un niveau prudentiel correspondant à un mois de dépenses d'indemnisation.

En deuxième lieu, s'agissant du FCAATA, la baisse tendancielle des dépenses du fonds devrait se poursuivre en 2024. Dans ce contexte, marqué par un résultat net déficitaire en 2023 et un résultat cumulé déficitaire à hauteur de 6,7 millions d'euros, la dotation est rehaussée 355 millions d'euros.

En troisième lieu, le transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles est maintenu à 1,2 milliard d'euros, après que ce montant a été relevé de 100 M€ à l'occasion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

En quatrième lieu, en application de l'ordonnance du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, la loi de financement de la sécurité sociale détermine le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et les dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention.

Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT/MP du régime général à 191,7 millions d'euros en 2024 :

- 95,7 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente ;
- 96 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT/MP du régime des salariés agricoles à 9,6 millions d'euros en 2024, soit à 9,1 millions d'euros au titre de la retraite anticipée pour incapacité permanente et à 0,5 million d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Article 45

Pour l'année 2024, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés à 16,0 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité

Exposé des motifs

Les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des régimes obligatoires de base sont fixés à 16,0 milliards d'euros, en augmentation de 0,7 milliard d'euros par rapport à 2023.

Article 46

Pour l'année 2024, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés à 293,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Exposé des motifs

Les dépenses d'assurance vieillesse des régimes obligatoires de base de sécurité sociale progressent de 6,8 % entre 2023 et 2024. La forte inflation constatée en 2023 conduit à une revalorisation prévisionnelle des pensions de 5,2 % au 1^{er} janvier 2024 alors que les effets de la réforme des retraites montent progressivement en charge.

Article 47

Pour l'année 2024, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 58,0 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche famille augmentent de deux milliards d'euros entre 2023 et 2024. La forte inflation constatée en 2023 conduit à prévoir une revalorisation des prestations légales au 1^{er} avril 2024 de 4,6% soit 3,9% en moyenne annuelle. De plus, les mesures mises en place dans le cadre du service public de la petite enfance contribuent à la hausse des dépenses de la branche.

Article 48

Pour l'année 2024, les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 39,9 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 créé une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie. Les objectifs de dépenses pour 2024 de cette branche sont fixés à 39,9 milliards d'euros, en augmentation de 5,2 % par rapport à 2023. Cette hausse reflète notamment les conséquences des revalorisations salariales annoncées en juin dans la fonction publique ainsi que la montée en charge des mesures des lois de financement de la sécurité sociale antérieures.

Article 49

Pour l'année 2024, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	20,6

Exposé des motifs

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient augmenter de 0,9 milliard d'euros par rapport à 2023, tirées par l'inflation et le SMIC qui servent de sous-jacent à la revalorisation de la cotisation de référence utilisée pour le calcul des prises en charge par le Fonds.

ANNEXE A
**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**

Le solde des régimes obligatoires de base a connu une dégradation sans précédent en 2020 sous l'effet des dépenses de crise sanitaire et de la récession qui a suivi, et a atteint le niveau de - 39,7 milliards d'euros. Il s'est redressé en 2021 à - 24,3 milliards d'euros, sous l'effet de la reprise progressive de l'activité et de l'atténuation graduelle des contraintes sanitaires. L'amélioration s'est poursuivie en 2022, dans un contexte marqué par une forte poussée de l'inflation, pour un solde atteignant -19,7 milliards d'euros.

Le déficit se réduirait de plus de moitié en 2023 (-8,8 milliards d'euros), du fait à titre principal d'une quasi extinction des dépenses liées à la crise sanitaire (0,9 milliard d'euros après 11,7 milliards d'euros). Le contexte macroéconomique, marqué par une poursuite de la reprise, mais à un rythme plus mesuré qu'en 2021 et 2022 (1,0 % de croissance attendue du produit intérieur brut, PIB), mais aussi par une inflation toujours élevée bien qu'en léger repli (4,8% attendus au sens de l'IPC HT) a également contribué à la réduction du déficit en 2023. En 2024, l'activité croîtrait plus nettement qu'en 2023, avec une hausse de 1,4% du PIB. Bien que s'inscrivant en repli à 2,5%, l'inflation entraînerait dans son sillage la croissance des salaires en 2024, avec une croissance de la masse salariale de 3,9% (après 6,3% en 2023). La dynamique de revalorisation des prestations sociales resterait soutenue à la suite de l'inflation encore marquée tout au long de l'année 2023 (I). La conjugaison de ces éléments conduirait à dégrader le solde de l'ensemble des régimes de base et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui s'élèverait à 11,2 milliards d'euros. Le solde de la sécurité sociale bénéficierait néanmoins de l'affectation à la CNSA de 0,15 point de CSG en provenance de la Cades, prévue par la loi sur la dette sociale et l'autonomie (DSA) de l'été 2020, ainsi que des effets graduels de la réforme des retraites liés au relèvement progressif de l'âge de départ et l'accélération du rythme de montée en charge de la durée d'assurance. La trajectoire présentée traduit enfin la mise en œuvre des mesures proposées dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (II). A moyen terme, le déficit atteindrait 17,5 milliards d'euros en 2027 : si les dépenses ralentiraient chaque année à partir de 2025 du fait de la normalisation de l'inflation, les perspectives de recettes ne permettraient pas de résorber le déficit né de la crise. Deux branches seraient ainsi déficitaires : la branche maladie, du fait notamment des dépenses pérennes nées de la crise et la branche vieillesse dans un contexte de montée en charge graduelle des mesures paramétriques de la réforme des retraites (III).

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 s'inscrit dans un contexte macroéconomique d'inflation en voie de normalisation, et d'une croissance toujours affectée à court-terme par les conséquences de la crise énergétique et le contexte géopolitique.

L'hypothèse de croissance du PIB retenue est de 1,4 % en 2024, après 1,0 % en 2023. Le rythme d'inflation resterait toujours élevé, à 4,8 % en 2023 mesurée par l'indice des prix à la consommation hors tabac (IPCCHT) en moyenne annuelle, et de 2,5% attendu en 2024. À moyen terme, la croissance effective du PIB serait supérieure à son rythme potentiel de 1,35 % par an et atteindrait 1,7 % par an en 2025 et 2026, 1,8% en 2027, tandis que l'inflation refluerait pour s'établir à 1,75 % par an à partir de 2026. La masse salariale du secteur privé, principal déterminant de la progression des recettes de la sécurité sociale, progresserait de 3,9 % en 2024 avant de revenir progressivement à son rythme tendanciel proche de 3,4% par an.

Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

	2022	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)
PIB en volume	2,5%	1,0%	1,4%	1,7%	1,7%	1,8%
Masse salariale du secteur privé*	8,7%	6,3%	3,9%	3,4%	3,4%	3,4%
Inflation hors tabac	5,3%	4,8%	2,5%	2,0%	1,75%	1,75%
Revalorisations au 1 ^{er} janvier**	3,1%	2,8%	5,2%	2,9%	2,1%	1,8%
Revalorisations au 1 ^{er} avril**	3,4%	3,6%	3,9%	3,0%	2,1%	1,8%
ONDAM hors dépenses de crise***	6,0%	4,8%	3,2%	3,0%	2,9%	2,9%

* *Masse salariale du secteur privé hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée. Y compris ces éléments de rémunération, la progression attendue est de 6,5 % en 2023.*

** *En moyenne annuelle, incluant les effets en moyenne annuelle de la revalorisation anticipée au 1^{er} juillet 2022 de 4,0 %.*

*** *Evolution de l'ONDAM hors dépenses de crise sanitaire, mais y compris Ségur.*

La trajectoire présentée dans cette annexe repose sur les mesures proposées dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, avec un solde qui atteindrait -11,2 milliards d'euros en 2024.

La trajectoire de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) intègre une rectification de l'ONDAM 2023 de 2,8 milliards d'euros par rapport à l'objectif voté en LFRSS, du fait notamment des revalorisations salariales annoncées en juin 2023 et de la progression plus dynamique que prévu des dépenses de soins de ville, en particulier d'indemnités journalières, dans le contexte d'inflation élevée, et de retour de l'activité à des niveaux pré-Covid. À partir de cette base rectifiée, l'ONDAM retenu en PLFSS 2024 évolue de 3,2% (hors dépenses liées à la Covid-19), reflétant l'effet en année pleine des revalorisations salariales mais également des mesures d'attractivité à l'hôpital, et les mesures nouvelles notamment en ville. Le taux de progression tendancielle de l'ONDAM, c'est-à-dire avant mesures d'économies, atteindrait 4,6 % en 2024. Le taux de progression serait ramené à 3,2 % par des mesures d'économies, portant à la fois sur les soins de ville, les produits de santé et les établissements sanitaires et médico-sociaux, d'un montant total de 3,5 milliards d'euros, auxquelles s'ajoutent les actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude déjà intégrées au tendanciel. L'ONDAM inclut en sus une provision de 0,2 milliard d'euros au titre du Covid (après 0,9 milliard d'euros en 2023 et 11,7 milliards d'euros en 2022). Cette provision est cohérente avec les niveaux de dépense constatés à mi-année et les engagements financiers antérieurs de Santé Publique France. En pluriannuel, le taux de progression de l'ONDAM serait ramené à 3,0 % en 2025, puis à 2,9 % en 2026 et 2027.

Dans le champ des régimes de retraite de base, la trajectoire intègre les dispositions de la LFRSS pour 2023, portant un relèvement progressif de l'âge d'ouverture des droits (AOD) de 62 ans à 64 ans, au rythme d'un trimestre par génération à compter du 1^{er} septembre 2023, et une accélération du rythme de montée en charge de la durée d'assurance requise (DAR), au rythme d'un trimestre par génération, contre un trimestre toutes les trois générations jusqu'à présent. La trajectoire intègre également les mesures d'accompagnement en matière de départs anticipés (carrières longues, invalidité-inaptitude, handicap, usure professionnelle notamment), les revalorisations des petites pensions, actuelles et futures ainsi que les mesures de renforcement de certains droits familiaux (meilleure prise en compte des indemnités journalières maladie, surcote un an avant l'âge légal à compter de 63 ans pour les mères et pères de familles ayant atteint le taux plein.) Elle intègre les hausses des taux des cotisations vieillesse dues par les employeurs publics et par les employeurs privés, cette hausse étant compensée pour ces derniers par une baisse à due concurrence des cotisations AT-MP.

Dans le champ de la famille, la trajectoire intègre, sur un horizon pluriannuel, la réforme du service public de la petite enfance ainsi que celle du complément de mode de garde votée en LFSS 2023 et l'augmentation de l'allocation de soutien familial intervenue en novembre 2022.

Dans le champ de l'autonomie, elle intègre une progression de 4,0% de l'objectif global des dépenses (OGD) en 2024, ce qui permet de financer les mesures salariales d'une part et l'accroissement de l'offre face aux besoins démographiques d'autre part. Hors OGD, la trajectoire intègre la montée en charge des mesures des LFSS pour 2022 et 2023, portant notamment sur la mise en place et l'indexation d'un tarif plancher pour l'aide à domicile, la dotation qualité, ainsi que la mise en place de temps dédiés au lien social auprès des aînés bénéficiant d'un plan d'aide à domicile. La trajectoire de la branche autonomie finance l'assurance vieillesse du proche aidant (AVA) inscrite en LFRSS pour 2023. La branche bénéficie, enfin, de l'affectation de 0,15 point de CSG en provenance de la Cades.

Le Haut Conseil des finances publiques (HCFP), dans son avis n° HCFP - 2023 – 8 du 22 septembre 2023 relatif aux projet de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2024, « considère que le scénario macroéconomique du Gouvernement pour 2023 est plausible ». Il estime en revanche « élevée » la prévision d'activité pour 2024. S'agissant de l'inflation et de la masse salariale, qui sont les principaux déterminants des dépenses et des recettes de la sécurité sociale, il les juge « plausibles » pour 2023 et 2024. S'agissant des prévisions de recettes, le Haut Conseil estime qu'elles sont « plausibles » en 2023, mais « un peu surestimées » pour 2024, en lien avec l'appréciation portée sur le volet macroéconomique, et ajoute qu'en 2024 « la prévision de cotisations sociales apparaît toutefois un peu élevée, car [...] la revalorisation du SMIC devrait être encore importante en 2024 et pousser de ce fait les allègements de cotisations à la hausse ». Le Haut Conseil note enfin s'agissant des dépenses en 2024 que « le Gouvernement prévoit un net ralentissement de l'Ondam (+3,2 % après +4,8 %), supposant un infléchissement de la tendance spontanée des soins de ville, qui semble optimiste, et un volant d'économies de 3,5 Md€. Un tel montant d'économies a déjà été atteint par le passé, mais paraît plus difficile à réaliser dans un contexte de tensions, notamment dans le secteur hospitalier et sur l'offre de médicaments. ».

II. – Au-delà- du contexte macroéconomique, la trajectoire financière traduit la normalisation de la situation sanitaire et la mise en œuvre des mesures votées en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

En 2023, l'amélioration attendue de la situation financière de l'ensemble des régimes de base et du FSV – soit un solde de -8,8 milliards d'euros contre -19,7 milliards d'euros en 2022 - repose sur la forte diminution des dépenses de crise (0,9 milliard d'euros après 11,7 milliards d'euros) ainsi que sur le dynamisme attendu de la masse salariale du secteur privé (+6,3%), alors que l'effet de la forte inflation a été pour partie avancé dès 2022 via la revalorisation anticipée des prestations légales au 1^{er} juillet. Ainsi les recettes progresseraient en 2023 à un rythme proche de 2022 (+5,2% après +5,4%) alors que les dépenses ralentiraient plus nettement (+3,2% après +4,4%) en raison de la forte baisse des coûts liés au Covid.

À horizon 2027, le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV se dégraderait de manière conjoncturelle dans un contexte de retour progressif de l'inflation en dessous de 2% après des niveaux de progression de l'ordre de 5% en 2022 et 2023. Une telle normalisation produirait ses effets dans deux temporalités distinctes sur les dépenses et les recettes : les dépenses réagissent avec un délai de l'ordre d'une année du fait des règles de revalorisation automatique des prestations, tandis que les recettes réagissent plus instantanément. Il s'ensuit un effet retard favorable au solde dans les périodes de hausse de l'inflation, mais défavorable en période de baisse.

Le solde atteindrait ainsi -11,2 milliards d'euros en 2024, en dégradation par rapport à 2023 (-2,4 milliards d'euros). Les dépenses connaîtraient un ressaut (+5,1%) en raison de l'inflation attendue en 2023 (+4,8% au sens de l'IPCHT) qui conduirait à une revalorisation au 1^{er} janvier de 5,2% des pensions de retraite et de 4,6% pour les prestations revalorisées au 1^{er} avril (soit 3,9% en moyenne annuelle). L'ONDAM hors dépenses de crise progresserait par ailleurs de 3,2% (cf. supra). Les recettes croîtraient de 4,7 %, soutenues par la masse salariale du secteur privé (+3,9%) mais aussi par l'affectation à la CNSA de 2,6 milliards d'euros de CSG (0,15 point) en provenance de la CADES, comme prévu par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie du 7 août 2020.

À partir de 2025, les prestations continueraient d'être portées par le contexte d'inflation persistant, mais avec un effet retard moyen d'une année pour les pensions et prestations, alors que les recettes réagiraient davantage au contexte contemporain de l'année. Le solde se dégraderait en 2025 et à nouveau en 2026, malgré une progression maîtrisée de l'ONDAM et la montée en charge progressive de la réforme des retraites. En 2025, le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV se creuserait ainsi à 15,8 milliards d'euros, les recettes évoluant de +3,0%, pour des dépenses en hausse de +3,6%. En 2026, il se creuserait (17,1 milliards d'euros), avec une progression des recettes de + 3,0 %, un peu en-deçà de celle des dépenses (+ 3,1 %). Le déficit atteindrait 17,5 milliards d'euros en 2027, l'effet du différentiel d'inflation d'une année sur l'autre sur la dégradation du solde s'amenuisant, et alors que la réforme des retraites continuerait de produire ses effets. Cette trajectoire traduit aussi les effets favorables de la sortie progressive de la déduction forfaitaire spécifique.

III. – D'ici 2027, les branches des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale connaîtraient des évolutions différenciées.

La branche **maladie**, connaîtrait une résorption de moitié de son déficit en 2023 avec un solde atteignant -9,5 milliards d'euros après -21,0 milliards d'euros en 2022, sous l'effet de la nette baisse des dépenses de crise et du transfert pérenne du coût des indemnités journalières liées au congé maternité post-natal à la branche famille, d'un montant de 2 milliards d'euros dès 2023. En 2024, son déficit se résorberait légèrement (-9,3 milliards d'euros), dès lors que les recettes fiscales et les cotisations croîtraient plus vite que l'ONDAM (y compris dépenses de crise). À l'horizon 2027, son déficit se stabiliserait autour de 9,6 milliards d'euros, l'évolution prévue de l'ONDAM (3,0% en 2025 et 2,9% ensuite) serait maîtrisée mais les recettes ralentiraient en raison du tassement de l'inflation.

La branche **autonomie** verrait son solde passer ponctuellement en déficit en 2023, à -1,1 milliard d'euros, sous l'effet d'un objectif global de dépenses porté à 6,6%, taux de progression marqué par le volet salarial. À partir de 2024, la branche autonomie bénéficie d'une fraction de CSG augmentée de 0,15 point supplémentaire de la part de la CADES, en application de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) afficherait alors un excédent de 1,3 milliard d'euros, qui diminuerait par la suite, du fait notamment de 50 000 créations à terme de postes en EHPAD, de la mise en place d'ici à 2030 de 50 000 solutions nouvelles pour les personnes en situation de handicap et leurs proches et du financement de temps dédiés au lien social auprès des personnes âgées qui bénéficient d'un plan d'aide à domicile. La branche financera par ailleurs la meilleure prise en compte des trimestres cotisés au titre du congé proche aidant dans le cadre de la réforme des retraites.

S'agissant de la branche **accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)**, son excédent s'élèverait à 1,9 milliard d'euros en 2023. À partir de 2024, la branche verrait le niveau de ses cotisations baisser au bénéfice de la branche vieillesse, avec un pas supplémentaire en 2026, tout en restant excédentaire sur toute la période. De plus, elle prendrait en charge de nouvelles dépenses liées à la meilleure prise en compte de la pénibilité et de l'usure professionnelle dans le cadre de la réforme des retraites. Au total, son excédent atteindrait toutefois encore 1,1 milliard d'euros en 2027.

À partir de 2024, le solde de la branche vieillesse serait directement affecté par les effets démographiques du vieillissement (augmentation de la taille des générations qui partent à la retraite) mais bénéficierait de la hausse progressive de l'âge effectif de départ du fait des dispositions votées dans le cadre de la LFRSS pour 2023. Le solde de la branche serait également particulièrement sensible au contexte d'inflation, et se dégraderait en 2024 à ce titre en dépit de recettes dynamiques (+5,3%), ses dépenses étant attendues en hausse de 6,8%. Le déficit de la branche, y compris fonds de solidarité vieillesse, se creuserait en 2025, pâtissant encore de l'inflation attendue en 2024. A l'horizon 2027, le déficit de la branche vieillesse (régimes obligatoires de base et FSV) atteindrait 11,2 milliards d'euros. Ce solde bénéficierait des dispositions de la réforme des retraites de 2023 pour un effet global de 6,3 milliards d'euros sur ce champ. A noter que les excédents des régimes complémentaires de retraite permettent d'avoir un solde tous régimes plus favorable et que les effets de la réforme votée au printemps 2023 continuent de monter en charge jusqu'en 2030.

La branche famille verrait son excédent se réduire en 2023, à 1,0 milliard d'euros, reflétant le transfert de la part du congé maternité post-natal, pour 2,0 milliards d'euros, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. En 2024, le solde de la branche se dégraderait en lien avec la montée en charge des objectifs poursuivis en matière de petite enfance et à nouveau en 2025 avec la réforme du complément mode de garde introduite par la LFSS 2023. À l'horizon 2027, l'excédent de la branche s'élèverait à 1,7 milliard d'euros.

Prévisions des recettes, dépenses et soldes des régimes de base et du FSV

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2022	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)
Maladie						
Recettes	221,2	234,1	242,7	249,4	257,0	264,4
Dépenses	242,2	243,7	251,9	259,4	266,7	274,0
Solde	-21,0	-9,5	-9,3	-10,0	-9,7	-9,6
Accidents du travail et maladies professionnelles						
Recettes	16,2	17,2	17,1	17,7	17,7	18,4
Dépenses	14,5	15,3	16,0	16,6	16,9	17,3
Solde	1,7	1,9	1,2	1,2	0,8	1,1
Famille						
Recettes	53,3	57,0	58,8	60,6	62,5	64,6
Dépenses	51,4	56,0	58,0	60,1	61,6	62,9
Solde	1,9	1,0	0,8	0,5	0,9	1,7
Vieillesse						
Recettes	259,4	273,1	287,8	296,5	304,5	311,5
Dépenses	263,3	275,0	293,7	305,8	315,9	325,4
Solde	-3,9	-1,9	-5,9	-9,3	-11,4	-14,0
Autonomie						
Recettes	35,4	36,8	41,2	42,5	43,7	45,2
Dépenses	35,2	37,9	39,9	41,5	43,0	44,7
Solde	0,2	-1,1	1,3	1,0	0,7	0,4
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés						
Recettes	570,8	600,9	629,5	648,3	666,7	684,8
Dépenses	591,8	610,5	641,4	664,8	685,4	705,1
Solde	-21,0	-9,6	-11,9	-16,5	-18,7	-20,3

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2022	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)
Recettes	19,4	20,3	21,4	22,1	23,0	23,8
Dépenses	18,0	19,5	20,6	21,3	21,4	21,0
Solde	1,3	0,8	0,8	0,8	1,6	2,8

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base
et du Fonds de solidarité vieillesse*(En milliards d'euros)*

	2022	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)
Recettes	572,5	602,1	630,7	649,4	668,7	688,0
Dépenses	592,1	610,9	641,8	665,2	685,8	705,5
Solde	-19,7	-8,8	-11,2	-15,8	-17,1	-17,5