



N° 3397

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 octobre 2020.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2021,

(Renvoyé à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. Jean CASTEX,
Premier ministre,

PAR M. BRUNO LE MAIRE
ministre de l'économie, des finances et de la relance

PAR M. Olivier VÉRAN,
ministre des solidarités et de la santé

ET PAR M. Olivier DUSSOPT,
ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'économie, des finances et de la relance, du ministre des solidarités et de la santé et du ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, délibéré en conseil des ministres après avis du Conseil d'État, sera présenté à l'Assemblée nationale par le ministre de l'économie, des finances et de la relance, le ministre des solidarités et de la santé et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics, qui seront chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Fait à Paris, le 7 octobre 2020.

Signé : Jean CASTEX

Par le Premier ministre :

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance

Signé : Bruno LE MAIRE

Le ministre des solidarités et de la santé

Signé : Olivier VÉРАН

Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics

Signé : Olivier DUSSOPT

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 1^{er}

- ① Au titre de l'exercice 2019, sont approuvés :
- ② 1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

③

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	216,6	218,1	-1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	14,7	13,6	1,1
Vieillesse.....	240,0	241,3	-1,3
Famille.....	51,4	49,9	1,5
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	509,1	509,3	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	508,0	509,7	-1,7

- ④ 2° Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

⑤

(En milliards d'euros)

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

⑥ 3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

⑦

(En milliards d'euros)

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

⑧ 4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 200,2 milliards d'euros ;

⑨ 5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;

⑩ 6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;

⑪ 7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 16,3 milliards d'euros.

Exposé des motifs

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

Article 2

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

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 3

- ① I. – Il est institué, au titre de l'année 2020, une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ② Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale en activité au 31 décembre 2020.
- ③ La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2020, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, au profit de ces organismes selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II *bis* de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, à l'exception des garanties mentionnées au 4° du II *bis* du même article.
- ④ Le taux de la contribution est fixé à 2,6 %.
- ⑤ La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée au même article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2021. Elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle selon les mêmes modalités que la contribution mentionnée à ce même article L. 862-4, au plus tard le 30 juin 2021.
- ⑥ Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale.
- ⑦ II. – Au 4° du II *bis* de l'art L 862-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « au 5° de l'article L. 321-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 321-1 ».

Exposé des motifs

Aux fins de participation des organismes de complémentaire santé (OC) aux coûts engendrés par la gestion de l'épidémie de covid-19, le présent article vise à mettre en place, de manière exceptionnelle, une contribution en contrepartie des moindres dépenses qu'ils ont constatées

durant la crise sanitaire. En effet, la baisse de l'activité de soins ainsi que les mesures des pouvoirs publics pour garantir une prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire de certaines dépenses ont mécaniquement conduit à une amélioration des résultats financiers des OC.

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

Article 4

- ① I. – Par dérogation à l'article L. 14-10-1 et au IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, et à titre exceptionnel pour 2020, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie finance une aide aux départements pour le financement de la prime exceptionnelle mentionnée à l'article 11 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020 pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, dans la limite de 80 millions d'euros.
- ② Cette aide est financée par des crédits prélevés, pour une partie, sur ceux mentionnés au c de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles et, pour le solde, par les fonds propres de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
- ③ Elle est répartie entre les départements en fonction des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité réalisée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile aux titres des allocations prévues aux articles L. 232-1, L.245-1 et L. 231-1 du code de l'action sociale et des familles. Elle est versée aux départements dans la limite de la moitié du montant de prime exceptionnelle financé par chacun d'entre eux.
- ④ II. – Le XI de l'article 25 de la loi n° 2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est abrogé.

Exposé des motifs

Les pouvoirs publics ont souhaité qu'une prime exceptionnelle non imposable et non soumise à prélèvements sociaux puisse être versée aux professionnels ayant contribué en première ligne à la réponse à la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19. Dans ce contexte, le Gouvernement souhaite qu'une prime puisse être versée aux professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), en reconnaissance de leur engagement auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées.

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

Article 5

- ① Sont ratifiés :
- ② - le décret n° 2020-327 du 25 mars 2020 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale ;
- ③ - le décret n° 2020-603 du 20 mai 2020 portant relèvement du plafond de recours aux ressources non permanentes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Exposé des motifs

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

Le plafond d'emprunt de l'ACOSS pour l'exercice 2020 avait été fixé à 39 milliards d'euros par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020. Or, dès la mi-mars, l'épidémie de covid-19 a conduit le Gouvernement à prendre en urgence des mesures d'augmentation des dépenses d'assurance maladie et de soutien à l'activité économique qui ont

fortement accru les besoins de financement de court terme de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale.

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

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

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

Article 6

- ① Le montant des cotisations et contributions que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse à chaque organisme attributaire en application du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale comprend les cotisations et contributions acquittées au moyen de l'aide au paiement prévue au II de l'article 65 de la loi n°2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.
- ② Il en va de même du montant des cotisations que la caisse centrale de mutualité sociale agricole enregistre dans les comptes des régimes de protection sociale agricole et du montant des contributions qu'elle verse à l'organisme mentionné à l'article L. 5427-1 du code du travail.
- ③ Les charges résultant de l'application du présent article pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et pour la caisse centrale de mutualité sociale agricole sont compensées par l'État.

Exposé des motifs

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

Article 7

- ① I. – Au titre de l'année 2020, sont rectifiés :
- ② 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 :

③

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	206,2	236,1	-29,8
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	13,6	13,9	-0,2
Vieillesse.....	237,4	247,0	-9,6
Famille.....	47,1	50,4	-3,3
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	490,8	533,7	-42,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	488,1	534,2	-46,1

- ④ 2° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

⑤

(En milliards d'euros)

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

⑥

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

⑦

(En milliards d'euros)

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

⑧

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

⑨

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

⑩

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

Exposé des motifs

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

En 2020, le déficit du régime général devrait s'élever à 41,2 milliards d'euros. Le déficit du FSV atteindrait quant à lui 3,2 milliards d'euros. Cette dégradation des comptes du régime général et du FSV, sans précédent par son ampleur et sa soudaineté, s'explique par les effets de la

crise sanitaire liée à l'épidémie de coronavirus et ses conséquences économiques. D'une part, les recettes des branches se sont contractées du fait d'un recours important à l'activité partielle réduisant la masse salariale cotisée et de la baisse des recettes fiscales. D'autre part, les mesures en dépenses sur la branche maladie, notamment la facilitation du recours aux indemnités journalières, l'achat de masques de protection et de matériel exceptionnel ou encore le remboursement intégral des tests ont dégradé significativement les soldes des branches de la sécurité sociale.

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

Article 8

① Au titre de l'année 2020, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

②

(En milliards d'euros)

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

Exposé des motifs

Le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2020 est rectifié à 215,7 milliards d'euros. Il avait été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 à 205,6 milliards d'euros. Cette différence s'explique par les effets de la crise sanitaire liée à l'épidémie de coronavirus, qui a bouleversé la construction initiale de l'ONDAM.

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

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

Article 9

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

Exposé des motifs

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

TROISIÈME PARTIE

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

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

Tenir compte de la crise de la covid-19

Article 10

- ① Il est institué au titre de l'année 2021 une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ② Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale en activité au 31 décembre 2021.
- ③ La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2021, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, au profit de ces organismes selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II bis de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, à l'exception des garanties mentionnées au 4^o du II bis du même article.
- ④ Le taux de la contribution est fixé à 1,3 %.
- ⑤ La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée au même article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2022. Elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle selon les mêmes modalités que la contribution mentionnée au même article L. 862-4, au plus tard le 30 juin 2022.

- ⑥ Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

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

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

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

Article 11

- ① I. – La Caisse nationale de l'assurance maladie reprend, au plus tard le 31 juillet 2021, les réserves du régime de prévoyance de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF constatées au 31 décembre 2020.
- ② II. – Sont prélevés, au plus tard le 31 juillet 2021, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie, une somme de 40 millions d'euros sur les réserves du fonds national de gestion technique des agents en activité et de leurs ayants droit de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières et une somme de 135 millions d'euros sur les réserves du fonds national de gestion technique des agents en inactivité, des pensionnés de tous ordres et de leurs ayants droit de la même caisse.
- ③ Le recouvrement de ce prélèvement est régi par les règles applicables en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

Exposé des motifs

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

Depuis sa création en 2007, la CAMIEG dégage des excédents importants qui augmentent tendanciellement (430 millions d'euros fin 2020). La crise sanitaire a par ailleurs conduit à une baisse des dépenses des régimes complémentaires en miroir d'une très forte mobilisation de l'assurance maladie obligatoire. Le présent article opère un prélèvement, au profit de la CNAM, de 175 M€ Parallèlement, des mesures d'amélioration des niveaux de prestations (remboursement des verres optiques) et de baisse du niveau des cotisations seront prévues. En 2021 ces mesures participent à l'amélioration du pouvoir d'achat pour les salariés et les pensionnés.

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

Article 12

- ① Au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale :
- ② 1° Les mots : « à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et » sont remplacés par les mots : « annuellement et revalorisé » ;
- ③ 2° La dernière phrase est remplacée par les dispositions suivantes :
- ④ « Le montant du plafond, qui ne peut être inférieur à celui de l'année précédente, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

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

L'évolution du PASS est fonction de celle du salaire moyen par tête (SMPT) de l'année précédente dans le secteur marchand non agricole. Or, le recours important à l'activité partielle, dont les indemnités ne constituent pas un élément de la masse salariale, affecte fortement cette évolution pour l'année 2020 sans correspondre à une baisse réelle du niveau moyen des salaires perçus par les salariés. Compte tenu de cette situation particulière, la prévision d'évolution du SMPT pour 2020 est négative (-5,7 %) et un fort rebond est attendu pour 2021 (+7,7 %).

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

Article 13

Au 4° du III de l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, la date : « 1^{er} janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2023 ».

Exposé des motifs

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

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

Au regard de ces conséquences économiques exceptionnelles liées à la crise sanitaire et afin de soutenir la compétitivité des entreprises de la production agricole dans le cadre de la reprise de l'activité, la présente

mesure a pour objet de prolonger le dispositif TO-DE de manière transitoire en 2021 et 2022. La compensation de cette exonération par l'État continue d'être assurée à l'euro.

CHAPITRE II

POURSUIVRE LES SIMPLIFICATIONS POUR LES ACTEURS DE L'ÉCONOMIE

Article 14

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Dans la dernière phrase du III de l'article L. 131-6-4, après les mots : « applicable à ces cotisations », sont insérés les mots : « , ni avec celui prévu au 37° de l'article L. 311-3 du présent code, » ;
- ③ 2° À l'article L. 311-3 :
- ④ a) Les mots : « les seuils mentionnés aux *a* et *b* du 1° du I de l'article 293 B » sont remplacés par les mots : « le seuil mentionné au premier alinéa du 1° de l'article 102 *ter* » ;
- ⑤ b) Après le 36°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « 37° Les particuliers qui vendent des biens neufs qu'ils ont confectionnés ou achetés pour les revendre ou qui fournissent des services rémunérés de manière ponctuelle et qui exercent l'option pour relever du régime général, dès lors que leurs recettes annuelles ne dépassent pas un montant de 1 500 € Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement forfaitaire fixé par décret, qui ne peut pas être inférieur à l'abattement prévu au premier alinéa de l'article 102 *ter* du code général des impôts ni supérieur au plus élevé des abattements prévus au troisième alinéa de l'article 50-0 du même code. Lorsque le montant mentionné au présent alinéa est dépassé au titre de deux années consécutives, ou le triple de ce montant au titre d'une même année, l'option cesse d'être applicable à compter de l'année suivante. » ;
- ⑦ 3° Au 6° de l'article L. 611-1, les mots : « au 7° » sont remplacés par les mots : « au 5° » et les mots : « 1° du » sont supprimés.

- ⑧ II. – Les dispositions du *b*) du 2° du I sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2022.

Exposé des motifs

De nombreux particuliers développent aujourd’hui des activités économiques de faible importance, parfois en complément d’une activité principale, et souvent à l’aide des plateformes dématérialisées d’échange de biens ou de services qui se sont développées massivement ces dernières années.

Ces particuliers sont confrontés à des démarches complexes pour acquitter le paiement des cotisations et contributions afférentes. Dans un but de simplification, cet article vise à offrir à ces particuliers la possibilité d’opter pour une déclaration très simplifiée de leurs revenus auprès du régime général sans recourir à une démarche de création d’entreprise, dès lors que leurs revenus n’excèdent pas un certain seuil.

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

Article 15

- ① I. – A. – L’article L. 731-13-2 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « *Art. L. 731-13-2. – I. – Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 ont l’obligation de déclarer par voie dématérialisée les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l’article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées au même article 170. Dans les cas où la déclaration mentionnée à l’article 170 du code général des impôts n’est pas souscrite dans les conditions mentionnées à la première phrase du présent alinéa, les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 sont tenues d’effectuer la déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée auprès des caisses de mutualité sociale agricoles dont elles relèvent.*

- ③ « Les caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-1 reçoivent de l'administration fiscale à leur demande, ou à celle des personnes mentionnées au premier alinéa, les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions.
- ④ « Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités selon lesquelles ces échanges sont réalisés sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat.
- ⑤ « II. – Les personnes mentionnées au premier alinéa du I procèdent par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.
- ⑥ « III. – La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée définie au premier alinéa du I et au II du présent article entraîne l'application de la majoration prévue, dans l'un ou l'autre cas, au II de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale. »
- ⑦ B. – Les dispositions du présent I sont applicables à compter des déclarations transmises en 2022 au titre des revenus de l'année 2021.
- ⑧ II. – A. – Après le deuxième alinéa du IV de l'article 19 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « A Saint-Barthélemy, les articles L. 613-2 et L. 613-5 du même code restent applicables, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, jusqu'aux déclarations transmises en 2022 au titre des revenus de l'année 2021. »
- ⑩ B. – Au troisième alinéa de l'article L. 752-1 du code de la sécurité sociale, la référence : « L. 611-1, » est supprimée.
- ⑪ III. – L'article L. 613-2 du code de la sécurité sociale, dans sa version résultant de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, est complété par les dispositions suivantes :
- ⑫ « IV. – La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée définie au premier alinéa du I, au II et au III du présent article entraîne l'application de la majoration prévue, dans l'un ou l'autre cas, au II de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

Les mesures de simplification des démarches des travailleurs indépendants constituent une priorité du Gouvernement, en particulier dans le domaine des prélèvements sociaux. A cet égard, l'acquisition rapide des informations relatives à leurs revenus est pour ces derniers un gage de simplicité et d'efficacité dans leurs relations aux administrations. Afin de poursuivre l'allègement des démarches administratives déjà engagé pour les travailleurs indépendants non agricoles par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, il est proposé de procéder à l'unification des déclarations sociales et fiscales de revenus auxquelles les travailleurs indépendants agricoles sont tenus.

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

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

CHAPITRE III

Créer la nouvelle branche autonomie

Article 16

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 14-10-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « Art. L. 14-10-1. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et, à cet effet, a pour rôle :

- ④ « 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. À ce titre, elle établit les comptes de celle-ci et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche. Elle est chargée de la gestion du risque ;
- ⑤ « 2° De piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées. A ce titre, elle assure la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations, et conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Elle met à disposition une expertise technique et veille au développement de la formation auprès des professionnels de l'aide à l'autonomie ;
- ⑥ « 3° De contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement de la prévention de la perte d'autonomie, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants, et de contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie. Pour l'exercice de ces missions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale dans des conditions faisant l'objet de conventions entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et ces organismes ;
- ⑦ « 4° De contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants, notamment en créant des services numériques permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leurs parcours ;
- ⑧ « 5° De contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- ⑨ « 6° De contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque. » ;
- ⑩ 2° Le dernier alinéa de l'article L. 14-10-2 est supprimé ;

- ⑪ 3° A l'article L. 14-10-3 :
- ⑫ a) Le 1° du III est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑬ « 1° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale ; »
- ⑭ b) Après le sixième alinéa du III, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « Le conseil peut être saisi par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes handicapées, des personnes âgées et de la santé de toute question relative à la politique de soutien à l'autonomie. » ;
- ⑯ c) Les trois derniers alinéas du III sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ⑰ « Le conseil délibère également, sur proposition du directeur, sur les budgets nationaux de gestion et d'intervention. » ;
- ⑱ d) Le VI est abrogé ;
- ⑲ 4° L'article L. 14-10-4 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑳ « Art. L. 14-10-4. – Les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie comprennent :
- ㉑ « 1° Les contributions prévues aux articles L. 137-40 et L. 137-41 du code de la sécurité sociale ;
- ㉒ « 2° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale ;
- ㉓ « 3° Des produits divers, dons et legs ;
- ㉔ « 4° Des dotations des autres branches mentionnées à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale destinées à couvrir des dépenses relevant des missions définies à l'article L. 14-10-1. » ;
- ㉕ 5° L'article L. 14-10-5 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉖ « Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie assure :
- ㉗ « 1° Le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ;

- ⑳ « 2° Le financement des aides à l'investissement au bénéfice de ces établissements et services, ainsi que de l'habitat inclusif mentionné à l'article L. 281-1 ;
- ㉑ « 3° Le financement des concours versés aux départements destinés à couvrir une partie ;
- ㉒ « a) Du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 ;
- ㉓ « b) Du coût de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 ;
- ㉔ « c) Des coûts d'installation ou de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées ;
- ㉕ « d) Du coût des actions de prévention prévues aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 233-1.
- ㉖ « 4° Le financement des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie définies à l'article L. 14-10-1. À cette fin, elle peut contribuer au financement du fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique pour le soutien à des actions, des expérimentations, des dispositifs ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et handicapées ;
- ㉗ « 5° Le financement de la gestion administrative. » ;
- ㉘ 6° Après l'article L. 14-10-5, il est inséré un article L. 14-10-5-1 ainsi rédigé :
- ㉙ « *Art. L. 14-10-5-1. – I. –* Le montant global du concours mentionné au a) du 3° de l'article L. 14-10-5 est limité à hauteur de 7,40 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° du I de l'article L. 14-10-4.
- ㉚ « Le montant de la seconde part mentionnée au 2° de l'article L. 14-10-6 est limité à 61,4 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-41 du code de la sécurité sociale.
- ㉛ « II. – Le montant du concours mentionné au b du 3° de l'article L. 14-10-5 est limité à hauteur de 1,91 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° du I de l'article L. 14-10-4. » ;

- ④① 7° À l'article L. 14-10-6 :
- ④② a) Au premier alinéa du I, les mots : « Le concours mentionné au II de l'article L. 14-10-5 » sont remplacés par les mots : « Le concours mentionné au a) du 3° de l'article L. 14-10-5 » ;
- ④③ b) Au 1° du I, les mots : « dans la limite des ressources mentionnées au a) du 1° du même II » sont supprimés ;
- ④④ c) Le dixième alinéa du I est supprimé ;
- ④⑤ d) Au 2° du I, les mots : « , et dans les limites des ressources mentionnées au b) du 1° du II de l'article L. 14-10-5 » sont remplacés par les mots : « , et dans les limites des ressources mentionnées au second alinéa du I de l'article L. 14-10-5-1 » ;
- ④⑥ 8° À l'article L. 14-10-7 :
- ④⑦ a) Au premier alinéa du I, les mots : « Les concours mentionnés au III de l'article L. 14-10-5 sont répartis » sont remplacés par les mots : « Le concours mentionné au b) du 3° de l'article L. 14-10-5 est réparti » et les mots : « décrets en Conseil d'État » sont remplacés par les mots : « décret en Conseil d'État » ;
- ④⑧ b) Au premier alinéa du II, les mots : « Le concours mentionné au même III » sont remplacés par les mots : « Le concours mentionné au I » ;
- ④⑨ c) Au premier alinéa du III, les mots : « et le concours mentionné au III de l'article L. 14-10-5 pour l'installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées sont répartis » sont remplacés par les mots : « est réparti » ;
- ④⑩ d) Les quatre derniers alinéas du III sont supprimés ;
- ④⑪ 9° À l'article L. 14-10-7-1 qui devient l'article L. 14-10-7-1-1, les références : « L. 14-10-6 et L. 14-10-7 » sont remplacés par les références : « L. 14-10-6, L. 14-10-7 et L. 14-10-7-1 » ;
- ④⑫ 10° Après l'article L. 14-10-7, il est rétabli un article L. 14-10-7-1 ainsi rédigé :
- ④⑬ « *Art. L. 14-10-7-1. – I. – Le concours mentionné au c) du 3° de l'article L. 14-10-5 est réparti en fonction de tout ou partie des critères mentionnés au a) à f) du III de l'article L. 14-10-7 selon des modalités*

fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

- ⑤③ « II. – En l'absence de potentiel fiscal prévu à l'article L. 3543-1 du code général des collectivités territoriales, le concours mentionné au c) du 3° de l'article L. 14-10-5 du présent code est déterminé en retenant, pour les collectivités concernées, une valeur nulle de ce même potentiel.
- ⑤④ « Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue dans des conditions prévues par la convention mentionnée à l'article L. 14-10-7-2.
- ⑤⑤ « Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur les territoires du département du Rhône et de la métropole de Lyon est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue à l'article L. 146-3 par la métropole de Lyon et le département du Rhône.
- ⑤⑥ « Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur le territoire de la collectivité de Corse est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue à l'article L. 146-3 par la collectivité de Corse.
- ⑤⑦ « III. – La Caisse verse également la subvention mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 146-4-2, dont le montant est fixé et réparti par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et des affaires sociales. » ;
- ⑤⑧ 11° L'article L. 14-10-7-3 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑤⑨ « *Art. L. 14-10-7-3.* – La Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie signe avec toute métropole exerçant ses compétences à l'égard des personnes âgées une convention pluriannuelle fixant leurs engagements réciproques sur les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention relevant respectivement des 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1. » ;
- ⑥⑩ 12° Les articles L. 14-10-8, L. 14-10-9 et L. 14-10-10 sont abrogés ;
- ⑥⑪ 13° Au I de l'article L. 314-3 :

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

63) b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

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

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

66) 1° Au premier alinéa de l'article L. 114-5, les mots : « , ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » sont supprimés ;

67) 2° Au premier alinéa de l'article L. 114-8, les mots : « et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » sont supprimés ;

68) 3° Au chapitre VII du titre III du livre premier, après l'article L. 137-39, il est ajouté une section 14 ainsi rédigée :

69) *« Section 14*

70) *« Contribution de solidarité pour l'autonomie et contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie*

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

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

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

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

- 75 « 1° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils mentionnés au 2° du III de l'article L. 136-8 du présent code ;
- 76 « 2° Les pensions mentionnées au *a)* du 4° et aux 12°, 14° et 14° *bis* de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du présent code ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9.
- 77 « Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus à l'article L. 136-5. » ;
- 78 4° La deuxième phrase de l'article L. 168-11 est supprimée ;
- 79 5° Au premier alinéa de l'article L. 200-3, après les mots : « la Caisse nationale des allocations familiales », sont insérés les mots : « , la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;
- 80 6° Au premier alinéa de l'article L. 225-1, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « , par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;
- 81 7° Au I de l'article L. 227-1 :
- 82 *a)* Au premier alinéa, après les mots : « la Caisse nationale des allocations familiales », sont insérés les mots : « , la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;
- 83 *b)* Au deuxième alinéa, les mots : « les branches mentionnées au 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 » sont remplacés par les mots : « les branches mentionnées à l'article L. 200-2 » ;
- 84 *c)* Au 2° bis, après les mots : « organisation territoriale », sont insérés les mots : « ou, pour la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2, les objectifs d'amélioration de la coordination des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » ;
- 85 *d)* Au 3°, les mots : « et de lutte contre l'exclusion » sont remplacés par les mots : « , de lutte contre l'exclusion et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » ;

- 86) e) Au 4°, les mots : « et de prévention » sont remplacés par les mots : « , de prévention et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » ;
- 87) f) Au 5°, après les mots : « Le cas échéant, », sont insérés les mots : « et à l'exception de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2, » ;
- 88) 8° Au premier alinéa de l'article L. 227-3, après les mots : « des conventions d'objectifs et de gestion », sont insérés les mots : « des branches mentionnées au 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 » ;
- 89) 9° Après l'article L. 541-4, il est inséré un nouvel article L. 541-5 ainsi rédigé :
- 90) « *Art. L. 541-5.* – L'allocation et son complément éventuel mentionnés à l'article L. 541-1 sont servis et contrôlés par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, contre remboursement. »
- 91) III. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par ordonnance, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, afin de mettre en œuvre la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :
- 92) 1° Codifier, à droit constant, dans le code de la sécurité sociale les dispositions relatives à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie prévues au code de l'action sociale et des familles ;
- 93) 2° Mettre en cohérence les dispositions du code de l'action sociale et des familles ou d'autres codes et textes législatifs avec la nouvelle codification mentionnée au 1° ;
- 94) 3° Modifier les dispositions du livre I^{er} et du livre II de la partie législative du code de la sécurité sociale pour les étendre, en tant que de besoin, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
- 95) Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de l'ordonnance.
- 96) IV. – Le I, sous réserve des dispositions du second alinéa du présent IV, et le II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

- ⑨ Les dispositions du I de l'article L. 14-10-8 du code de l'action sociale et des familles dans leur rédaction en vigueur à la date de la promulgation de la présente loi demeurent applicables jusqu'au renouvellement de la convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionné au 1° du III de l'article L. 14-10-3 du même code dans sa rédaction résultant de la présente loi, et au plus tard jusqu'au 30 juin 2022.

Exposé des motifs

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie crée une cinquième branche au sein du régime général de la sécurité sociale dédiée au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ainsi que de leurs proches aidants. La gestion de la cinquième branche est confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

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

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

Cet article fait également évoluer l'architecture budgétaire de la CNSA, dans une logique de simplification et de renforcement des pouvoirs du Conseil, afin d'améliorer la gestion du risque et de garantir l'équité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il dote la CNSA de recettes propres en lui affectant une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) à côté de ses ressources historiques

(CSA et CASA). Il prévoit, comme pour les autres branches, la centralisation de la gestion de trésorerie de la CNSA à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

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

CHAPITRE IV

Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments

Article 17

- ① I. – L'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, les mots : « en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6 » sont remplacés par les mots : « en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 » et les mots : « prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 » ;
- ③ 2° Au deuxième alinéa :
- ④ a) La première phrase est supprimée ;
- ⑤ b) Les mots : « A défaut, une » sont remplacés par le mot : « Une » ;
- ⑥ c) Le nombre : « 80 » est remplacé par le nombre : « 95 » ;
- ⑦ 3° L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑧ « Par dérogation à l'alinéa précédent, pour une entreprise redevable de la contribution qui a accepté par convention conclue avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'article L. 162-16-4,

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

- ⑨ « Le prix net mentionné à l'alinéa précédent est calculé en défalquant les remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 162-18 et L.162-22-7-1 du prix de vente au public mentionné aux articles L. 162-16-4 et L. 162-16-4-1 minoré des marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 et des taxes en vigueur, ou du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5, ou du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 162-16-6. »
- ⑩ II. – Pour l'année 2021, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 23,99 milliards d'euros.
- ⑪ III. – Pour l'année 2021, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,09 milliards d'euros.

Exposé des motifs

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

Par ailleurs, la crise liée à la pandémie de covid-19 a mis en lumière la nécessité de préserver l'approvisionnement du marché français, notamment pour des médicaments anciens. Ainsi, il paraît important d'opérer une régulation mesurée et de garantir les discussions conventionnelles, pour assurer l'accès des patients à ces médicaments indispensables. Il est ainsi proposé un avantage aux entreprises, en contrepartie de leurs négociations avec le Comité économique des produits de santé lors des plans de baisse de prix, via une réduction de la contribution à laquelle elles sont soumises au titre de la clause de sauvegarde.

TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE
LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 18

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° A l'article L. 131-8 :
- ③ a) Au 1° :
- ④ - au troisième alinéa, le taux : « 27,57 % » est remplacé par le taux : « 19,09 % » ;
- ⑤ - au quatrième alinéa, le taux : « 19,06 % » est remplacé par le taux : « 27,54 % » ;
- ⑥ b) Au b) du 3° :
- ⑦ - au deuxième alinéa, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 4,28 % » ;
- ⑧ - au quatrième alinéa, le taux : « 4,65 % » est remplacé par le taux : « 2,75 % » ;
- ⑨ - au cinquième alinéa, le taux : « 4,77 % » est remplacé par le taux : « 1,93 % » ;
- ⑩ - au sixième alinéa, le taux : « 3,20 % » est remplacé par le taux : « 1,30 % » ;
- ⑪ - au septième alinéa, le taux : « 3,07 % » est remplacé par le taux : « 0,23 % » ;
- ⑫ c) Au e) du 3°, le taux : « 1,98 % » est remplacé par le taux : « 2,92 % » ;
- ⑬ d) Au f) du 3°, après les mots : « au 1° du I », sont ajoutés les mots : « , aux 1° et 2° du II, au III et au III bis » et le taux : « 0,23 % » est remplacé par le taux : « 1,90 % » ;
- ⑭ e) Au 3° bis :

- ⑮ - Au *a*), le taux : « 8,60 % » est remplacé par le taux : « 6,70 % » ;
- ⑯ - Après le *b*), il est ajouté un *c* ainsi rédigé :
- ⑰ « *c*) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,90 % ; »
- ⑱ *f*) Le 8° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑲ « 8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II *bis* du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1.
- ⑳ « Le produit de cette même taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté :
- ㉑ « - au fonds mentionné à l'article L. 862-1 à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ;
- ㉒ « - au fonds mentionné à l'article L. 815-26 à hauteur de ses charges ;
- ㉓ « - à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 à hauteur du solde du produit résultant des affectations mentionnées aux deux alinéas précédents. » ;
- ㉔ 2° Après le 3° du II de l'article L. 241-2, il est ajouté un 4° ainsi rédigé :
- ㉕ « 4° Par les personnes mentionnées à l'article L. 131-9. » ;
- ㉖ 3° Au premier alinéa de l'article L. 612-5, les mots : « par les branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et » sont supprimés ;
- ㉗ 4° Au second alinéa de l'article L. 635-4-1 :
- ㉘ *a*) A la première phrase, les mots : « du régime mentionné à l'article » sont remplacés par les mots : « des régimes mentionnés aux articles L. 632-2 et » ;
- ㉙ *b*) A la deuxième phrase, les mots : « ce régime » sont remplacés par les mots : « ces régimes ».

Exposé des motifs

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

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

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

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

Article 19

Est approuvé le montant de 5,3 milliards d’euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d’assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l’annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Exposé des motifs

Les crédits ouverts sur le budget de l’État en compensation d’exonérations s’élèvent à 5,3 milliards d’euros en 2021. Ils seront inférieurs aux crédits de compensation décidés pour 2020, lesquels

intègrent en outre la compensation des exonérations temporaires supplémentaires décidées en LFR 3 en soutien des entreprises fortement impactées par la crise sanitaire pour un coût estimé sur l'exercice budgétaire 2020 de 5,2 milliards d'euros.

Article 20

① Pour l'année 2021, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

②

(En milliards d'euros)

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

Exposé des motifs

En 2021, compte tenu des conséquences durables de la crise sur les dépenses et les recettes malgré un rebond anticipé pour 2021, le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale atteindrait 23,9 milliards d'euros. Le Fonds de solidarité vieillesse présenterait quant à lui un déficit de - 2,4 milliards d'euros. Le fort rebond des recettes (+ 7,5 %) et la moindre progression des dépenses permettraient ainsi de réduire fortement le déficit, sans pour autant se rapprocher de l'équilibre, le niveau de recettes étant durablement et substantiellement moins élevé que prévu avant la crise sanitaire.

Article 21

- ① Pour l'année 2021, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branches, du régime général :

②

(En milliards d'euros)

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

Exposé des motifs

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

Article 22

- ① I. - Pour l'année 2021, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.
- ② II. - Pour l'année 2021, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 17,1 milliards d'euros.

③ III. - Pour l'année 2021, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

④

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées.....	0
Total	0

⑤ IV. - Pour l'année 2021, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

⑥

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées.....	0
Total	0

Exposé des motifs

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

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

Article 23

① Sont habilités en 2021 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

②

(En millions d'euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).....	95 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).....	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} au 31 janvier 2021.....	500
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) – période du 1 ^{er} février au 31 décembre 2021.....	250
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM).....	465
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG).....	150
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).....	3 600

Exposé des motifs

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

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

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

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

Article 24

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2021 à 2024), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Exposé des motifs

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

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

QUATRIÈME PARTIE

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

CHAPITRE I^{ER}

Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé

Article 25

- ① I. – Un complément de traitement indiciaire est versé dans des conditions fixées par décret à compter du 1^{er} septembre 2020 aux fonctionnaires et militaires exerçant leurs fonctions au sein :
- ② 1° Des établissements publics de santé mentionnés à l'article L. 6141-1 du code de la santé publique, à l'exception des structures mentionnées à l'article L. 6111-3 du même code ;

- ③ 2° Des groupements de coopération sanitaire mentionnées à l'article L. 6133-1 du code de la santé publique ;
- ④ 3° Des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, y compris rattachés aux établissements publics de santé, mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- ⑤ 4° Des hôpitaux des armées mentionnés à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique ;
- ⑥ 5° De l'établissement public mentionné à l'article L. 621-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.
- ⑦ Une indemnité équivalente au complément de traitement indiciaire est versée dans des conditions fixées par décret, à compter du 1^{er} septembre 2020, aux agents contractuels de droit public et aux ouvriers des établissements industriels de l'État exerçant leurs fonctions au sein des structures mentionnées aux 1° à 5°.
- ⑧ Les dispositions du présent I ne sont applicables ni aux personnes qui exercent la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien, ni aux internes des hôpitaux des armées, ni aux élèves des écoles du service de santé des armées, ni aux personnes relevant de l'ordonnance n° 58-696 du 6 août 1958 relative au statut spécial des fonctionnaires des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.
- ⑨ II. – Les fonctionnaires de l'État et les militaires admis à faire valoir leurs droits à la retraite à compter du 1^{er} septembre 2020 ont droit à un supplément de pension au titre du complément de traitement indiciaire mentionné au I qui s'ajoute à la pension liquidée en application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite.
- ⑩ Ce supplément de pension est calculé dans les conditions prévues au I de l'article L. 15 du même code en retenant, au titre du traitement ou de la solde, le complément de traitement indiciaire mentionné au I du présent article perçu par le fonctionnaire ou le militaire au moins une fois au cours des six derniers mois précédant la cessation des services valables pour la retraite. Les conditions de jouissance et de réversion de ce supplément de pension sont identiques à celles de la pension elle-même. Il est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 16 du même code.

- ⑪ Le complément de traitement indiciaire mentionné au I est soumis aux contributions et cotisations prévues à l'article L. 61 du même code dans les conditions fixées pour le traitement ou la solde.
- ⑫ III. – Le complément de traitement indiciaire ou l'indemnité équivalente à ce complément versé aux fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, ainsi qu'aux ouvriers des établissements industriels de l'État, est pris en compte lors de la liquidation de leur pension dans des conditions analogues à celles définies au II. Les modalités de cette prise en compte sont définies par décret en Conseil d'État.
- ⑬ IV. – Après la troisième phrase du 1° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré une phrase ainsi rédigée :
- ⑭ « Il peut financer des mesures de revalorisation salariale de personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les forfaits mentionnés au 2° et au 3°. »

Exposé des motifs

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

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

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

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

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

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

Article 26

- ① L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifié :
- ② 1° Au I, les mots : « pour la modernisation des établissements de santé publics et privés » sont remplacés par les mots : « pour la modernisation et l'investissement en santé » ;
- ③ 2° Au III :
- ④ a) Après les mots : « des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire », sont insérés les mots : « des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, et des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles » ;
- ⑤ b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Le fonds peut financer l'ensemble des dépenses engagées dans le cadre d'actions ayant pour objet la modernisation, l'adaptation ou la restructuration des systèmes d'information de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale. » ;
- ⑦ 3° Le III bis est abrogé ;
- ⑧ 4° Au IV, les mots : « d'un an » sont remplacés par les mots : « fixé par décret, d'au moins un an » et les mots : « de trois ans » sont remplacés par les mots : « fixé par décret, d'au moins un an » ;
- ⑨ 5° La première phrase du premier alinéa du V est remplacée par les dispositions suivantes :
- ⑩ « Les ressources du fonds sont notamment constituées par le reversement des avances remboursables mentionnées au III ainsi que par

des participations des régimes obligatoires d'assurance maladie et de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

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

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

-1,4 Md€ pour le numérique en Santé ;

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

Cet effort, qui sera largement porté par le Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé créé au présent article, s'inscrit dans le plan de relance de l'économie et s'ajoute à la mobilisation de crédits d'un montant de 13 Md€ équivalent au refinancement d'un tiers de la dette des établissements assurant le service public hospitalier présentée dans ce PLFSS pour notamment soutenir l'investissement courant.

Article 27

- ① I. – Afin de concourir à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci, les organismes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale versent une dotation annuelle aux établissements mentionnés à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique volontaires.
- ② Le versement de cette dotation annuelle est soumis à la conclusion par chaque établissement volontaire d'un contrat avec l'agence régionale de santé avant le 31 décembre 2021.

- ③ La somme de ces dotations est de 13 milliards d'euros, correspondant au montant maximal prévu au C du II septies de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.
- ④ Pour les organismes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, le versement de ces dotations constitue des opérations de trésorerie, sans incidence sur leur compte de résultat.
- ⑤ II. – Pour déterminer le montant de la dotation mentionnée au I versée à chaque établissement volontaire, sont notamment pris en compte :
 - ⑥ 1° Les encours restants dus au 31 décembre 2019 au titre des emprunts obligataires, bancaires, des contrats de partenariat ou baux emphytéotiques hospitaliers, ou tout autre prêt consenti par un organisme public ou souscrit auprès d'organismes ou prêteurs divers, qui sont inscrits au bilan de l'établissement et qui se rapportent au financement du seul champ sanitaire hors unités de soins de longue durée ;
 - ⑦ 2° Les aides ou compensations déjà accordées à l'établissement au titre de ces mêmes emprunts, ainsi que les frais financiers qui leur sont associés.
- ⑧ III. – Les contrats mentionnés au I sont signés pour une durée maximale de quinze ans par le directeur général de l'agence régionale de santé et les représentants légaux des établissements mentionnés au I. Ils peuvent faire l'objet d'une révision par voie d'avenant pendant toute la durée du contrat. Ces contrats précisent :
 - ⑨ 1° Le mandat confié à l'établissement, notamment en matière d'investissement, d'assainissement de la situation financière et de transformation, et les charges mentionnées au I dont le financement est assuré par la dotation ;
 - ⑩ 2° L'encours de dette de l'établissement mentionné au II et le montant total des versements de la dotation ainsi que l'ensemble des paramètres de calcul ;
 - ⑪ 3° L'échéancier des versements annuels ;
 - ⑫ 4° Les indicateurs de suivi, les modalités d'évaluation et de contrôle ainsi que le mécanisme de reprise de financements en cas de surcompensation des charges mentionnés au I ou de non-respect des engagements pris par l'établissement dans le contrat. Les montants repris

ne peuvent excéder, pour une année donnée, le montant de la dotation mentionnée au I pour cette même année.

- ⑬ IV. – Lors du renouvellement des contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, les agences régionales de santé s'assurent qu'ils sont cohérents avec les engagements et les moyens fixés dans le contrat mentionné au I et au III.
- ⑭ V. – La dotation qui sera versée à l'établissement est comptabilisée en une fois et pour sa totalité, dès la signature du contrat. Le montant de cette dotation se répartit en fonds propres et en produits financiers.
- ⑮ VI. – Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat, notamment :
- ⑯ 1° Les paramètres servant à déterminer les compensations des obligations de service public hospitalier ;
- ⑰ 2° Les modalités de détermination des encours de dettes pris en compte et du montant des dotations mentionnées au I ;
- ⑱ 3° Les conditions de mise en œuvre et les modalités d'application du contrat mentionné au I et au III ;
- ⑲ 4° Les modalités de contrôle et de récupération des éventuelles surcompensations.
- ⑳ VII. - Le C du II septies de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ㉑ « Les dates et montants de ces transferts sont fixés par décret. »

Exposé des motifs

La relance de l'investissement et en particulier de l'investissement courant, est un levier majeur pour améliorer les conditions de prise en charge des patients et de travail des personnels hospitaliers. À ce titre, le Ségur de la santé réaffirme la mobilisation inédite de crédits équivalant au refinancement d'un tiers de la dette des établissements assurant le service public hospitalier afin de leur redonner rapidement les moyens d'investir. Cet effort représente un montant d'environ 13 Md€

L'octroi de ces financements devra se faire dans le cadre d'une décision partagée avec les acteurs du territoire, afin de maintenir une

sélectivité des investissements apportant une amélioration de l'offre de soins sur les territoires.

Article 28

- ① I. – Le titre VI du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – Au chapitre préliminaire :
- ③ 1° Le I de l'article L. 160-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. 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. Ce montant peut être réduit dans les cas mentionnés à l'article L. 160-9, aux 3°, 4° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-1. Cette participation ne peut être supprimée, sauf dans les cas prévus aux articles L. 16-10-1 et L. 169-1 et 15° de l'article L. 160-14. » ;
- ⑤ 2° Au premier alinéa de l'article L. 160-14, après les mots : « « limitée ou supprimée », sont ajoutés les mots : « , sous réserve des dispositions du dernier alinéa du I de l'article L 160-13, ».
- ⑥ B. – A l'article L. 162-22-8-2 :
- ⑦ 1° Au troisième alinéa, les mots : « L'État » sont remplacés par les mots : « Le directeur général de l'agence régionale de santé » ;
- ⑧ 2° Après le troisième alinéa, il est inséré un quatrième alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « La répartition de la dotation populationnelle entre les régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources régionales. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités ; »

- ⑩ 3° Après le 3°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « 4° Des recettes liées à la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations réalisés dans une structure de médecine d'urgence, mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13. »
- ⑫ C. – À l'article L. 162-22-9-1, après les mots : « des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 », sont insérés les mots : «, à l'exception des forfaits déterminés en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2, ».
- ⑬ D. – Au 3° de l'article L. 162-22-10, après les mots : « s'appliquant aux tarifs nationaux, », sont insérés les mots : « à l'exception des forfaits déterminés en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2, ».
- ⑭ E. – Le 2° de l'article L. 162-22-11-1 est complété par les mots : « ou la participation forfaitaire mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13 ».
- ⑮ F. – Au 4° de l'article L. 169-2, après les mots : « premier alinéa », sont insérés les mots : « et au dernier alinéa ».
- ⑯ II. – A. – Le livre 1^{er} du même code est ainsi modifié :
- ⑰ 1° A l'article L. 162-20-1, il est ajouté un IV ainsi rédigé :
- ⑱ « IV. – Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français bénéficie d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations. » ;
- ⑲ 2° L'article L. 162-22-6-1 est abrogé ;
- ⑳ 3 A l'article L. 162-23-16, les mots : « tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, » sont supprimés ;
- ㉑ 4° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, la référence : « L. 162-22-6-1, » est supprimée.
- ㉒ B. – Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :
- ㉓ 1° Les mots : « Jusqu'au 31 décembre 2020, dans les établissements de santé mentionnés aux a), b) et c) de l'article L. 162-22-6 du code de la

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

- ②4 2° Le second alinéa est supprimé.
- ②5 C. – L'article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :
- ②6 1° Au V :
- ②7 a) Après les mots : « Pour les activités mentionnées au 2° », sont insérés les mots : « et au 4° » ;
- ②8 b) Les mots : « à la date prévue au VI de l'article 34 de la présente loi. » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} janvier 2022. » ;
- ②9 c) Le troisième alinéa est supprimé ;
- ③0 2° Au VI :
- ③1 a) Au premier alinéa, la date : « 1^{er} janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2022 » ;
- ③2 b) Au deuxième alinéa, les mots : « de la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code » sont remplacés par les mots : « du 1^{er} janvier 2022 » ;
- ③3 c) Au troisième alinéa, les mots : « de la date prévue au VI de l'article 34 de la présente loi » sont remplacés par les mots : « du 1^{er} janvier 2022 » ;
- ③4 3° Il est ajouté, après le VI, un VII ainsi rédigé :

- ③⑤ « VII. – Par dérogation au II de l'article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale, du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021, pour les activités mentionnées aux 2^o et 4^o de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés aux *d*) et *e*) de l'article L. 162-22-6 du même code, la base de calcul de la participation du patient demeure les tarifs des prestations d'hospitalisation ou des tarifs de responsabilité fixés par le directeur général de l'agence régionale de santé en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 .
- ③⑥ « Du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021, pour les établissements mentionnés au *d*) et *e*) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 2^o de l'article L. 162-22 du même code, les mêmes tarifs servent également de base au calcul de la dotation tenant compte de l'activité de l'établissement mentionnée à l'article L. 162-22-19 du même code. »
- ③⑦ III. – Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 24 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le nombre : « neuf » est remplacé par le nombre : « dix ».
- ③⑧ IV. – Le III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :
- ③⑨ I. – Au B :
- ④⑩ 1^o Au premier alinéa :
- ④⑪ a) La date : « 1^{er} janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2022 » ;
- ④⑫ b) Les mots : « aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-23-2 » ;
- ④⑬ 2^o Au deuxième alinéa :
- ④⑭ a) Les mots : « définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 » sont remplacés par les mots : « liées aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L. 162-23-3 » ;
- ④⑮ b) La date : « 1^{er} janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2022 ».
- ④⑯ II. – Au F :

- ④⑦ 1°) Au premier alinéa, la date : « 28 février 2023 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2020 » et après les mots : « de l'article L. 174-2 dudit code », sont ajoutés les mots : « et du 1^{er} janvier 2021 au 28 février 2023, le montant lié aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L. 162-23-3 du code de la sécurité sociale n'est pas facturé par les établissements mentionnés au d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. » ;
- ④⑧ 2°) Au quatrième alinéa, les mots : « du montant forfaitaire prévu au b) du 2° du E du présent III » sont remplacés par les mots : « des montants mentionnés au premier alinéa du présent F ».
- ④⑨ V. – La loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifiée :
- ④⑩ A. – Au IV de l'article 57, la date : « 1^{er} janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1^{er} septembre 2021 » et la date : « 30 juin 2020 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2021 ».
- ④⑪ B. – Au III de l'article 64, la date : « 1^{er} janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2022 ».
- ④⑫ VI. – Les établissements de santé figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ne satisfaisant pas, au titre de l'année 2021, aux conditions fixées, en application de l'article L 6111-3-1 dans sa rédaction issue de la loi du 24 juillet 2019 précitée, pour relever des dispositions applicables aux hôpitaux de proximité, continuent de bénéficier, pour l'année 2021, du régime de financement dérogatoire prévu à l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.
- ④⑬ VII. - Les dispositions du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Exposé des motifs

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

La crise sanitaire a fortement perturbé le calendrier de travail d'un certain nombre de ces réformes en 2020. Le présent article permet ainsi

d'ajuster leur calendrier de mise en œuvre pour assurer leur entrée en vigueur dans de bonnes conditions :

- report de la réforme du ticket modérateur en psychiatrie et SSR au 1er janvier 2022 ;

- adaptation de la période de transition du nouveau modèle de financement des activités des SSR ;

- adaptation de la transition vers le nouveau modèle de financement des hôpitaux de proximité ;

- prorogation au-delà du 31 décembre 2020 des expérimentations sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers ;

- report de la réforme du financement des centres de luttés contre la tuberculose ;

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

Par ailleurs, le présent article complète la réforme du modèle de financement des structures des urgences, introduite par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Il modifie les règles de participation des assurés qui passent aux urgences sans être hospitalisés en remplaçant, pour le même montant global, le ticket modérateur qui s'applique actuellement par une participation forfaitaire (forfait patient urgence) dans un objectif de limitation de restes à charge les plus importants et de simplification pour les patients ainsi que les établissements de santé.

Il clarifie les règles de financement des hôpitaux de jour.

Article 29

- ① I. – À compter du 1^{er} janvier 2021 et pour la durée de l'expérimentation prévue au II, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités de médecine au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, qui en font la demande bénéficient, par dérogation aux

dispositions du 1° de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, d'une dotation socle.

- ② La liste des établissements volontaires est dressée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ③ Le montant de la dotation socle est calculé sur la base d'un pourcentage des recettes de l'assurance maladie issues de l'activité des séjours de médecine réalisés l'année précédente au sein de l'établissement concerné.
- ④ Les recettes résultant de l'activité des séjours de médecine réalisée par l'établissement concerné durant l'année en cours tient compte de la dotation socle.
- ⑤ Les modalités d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires, les modalités de détermination et de calcul de la dotation socle ainsi que son montant sont fixés par décret.
- ⑥ II. – Une expérimentation portant sur un financement des activités de médecine des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, composé d'une dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles, d'un paiement à l'activité et à l'acte et d'un financement à la qualité peut être autorisée pour une durée de cinq ans à compter de la publication du décret au Conseil d'Etat mentionné au dixième alinéa du présent article qui ne peut être postérieure au 31 décembre 2021.
- ⑦ Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé :
- ⑧ 1° Aux règles de financement des établissements de santé, de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-22, L. 162-22-6, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ;
- ⑨ 2° À l'article L. 162-2 du même code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade.
- ⑩ Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation notamment les conditions d'entrée dans le dispositif, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre et les modalités d'évaluation de l'expérimentation.

- ⑪ Un rapport d'évaluation est transmis au Parlement au plus tard le 30 juin 2026.
- ⑫ III. – La dotation prévue au II se substitue à la dotation socle prévue au I lorsque l'établissement de santé qui bénéficie de la dotation socle relève du dispositif d'expérimentation tel que prévu au II.

Exposé des motifs

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

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

Article 30

- ① I. – Le chapitre III *ter* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rétabli :
- ② « *CHAPITRE III TER*
- ③ « *Maisons de naissance*
- ④ « *Art. L. 6323-4.* – Les maisons de naissance sont des structures sanitaires au sein desquelles des sages-femmes, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-4 relatifs à l'exercice de leur profession, assurent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont suivi la grossesse.

- ⑤ « La maison de naissance doit être contiguë à un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique avec lequel elle conclut une convention prévoyant, notamment, les modalités d'un transfert rapide des parturientes ou des nouveau-nés en cas de nécessité.
- ⑥ « *Art. L. 6323-4-1.* – Les maisons de naissance sont créées et gérées par :
- ⑦ « 1° Une ou plusieurs sages-femmes, éventuellement associées pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;
- ⑧ « 2° Un organisme à but non lucratif autre qu'un établissement de santé ;
- ⑨ « 3° Un groupement d'intérêt public, un groupement d'intérêt économique ou un groupement de coopération sanitaire.
- ⑩ « *Art. L. 6323-4-3.* – Les projets relatifs à la création d'une maison de naissance sont soumis à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé. L'autorisation est accordée pour une durée de sept ans renouvelable.
- ⑪ « L'autorisation est accordée lorsque le projet répond aux besoins de la population et permet le respect des conditions de fonctionnement prévues à l'article L. 6323-4-4.
- ⑫ « *Art. L. 6323-4-4.* – Les conditions techniques de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret. La prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés est conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles établies par la Haute Autorité de santé.
- ⑬ « *Art. L. 6323-4-5.* – Lorsqu'il est constaté un manquement compromettant la qualité ou la sécurité des soins, une méconnaissance des dispositions législatives et réglementaires relatives aux maisons de naissance, ou en cas d'abus ou de fraude à l'égard des organismes de sécurité sociale ou des assurés sociaux, le directeur général de l'agence régionale de santé dispose des pouvoirs et met en œuvre la procédure prévue, pour les centres de santé, par l'article L. 6323-1-12.
- ⑭ « *Art. L. 6323-4-6.* – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État. »

- ⑮ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑯ 1° Au premier alinéa de l'article L. 1111-7, après les mots : « par des centres de santé, » sont insérés les mots : « par des maisons de naissance, » ;
- ⑰ 2° Au premier alinéa de l'article L. 1435-3, les mots : « et les maisons de santé » sont remplacés par les mots : « , les maisons de santé et les maisons de naissance » ;
- ⑱ 3° À l'article L. 6323-5, après les mots : « maison de santé », sont insérés les mots : « , maisons de naissance ».
- ⑲ III. – Au I de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après les mots : « en maison de santé », sont insérés les mots : « , en maison de naissance ».
- ⑳ IV. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par le décret prévu à l'article L. 6323-4-6 du code de la santé publique, et au plus tard le 1^{er} novembre 2021.
- ㉑ Les maisons de naissance autorisées sur le fondement la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance, en fonctionnement à la date d'entrée en vigueur du présent article, disposent d'un délai de trois mois à compter de cette date pour demander l'autorisation prévue à l'article L. 6323-4-3 du code de la santé publique. Elles doivent se conformer dans ce délai aux dispositions relatives aux maisons de naissance résultant du présent article. Elles peuvent poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande. L'absence de notification d'une décision de l'agence régionale de santé dans un délai de quatre mois à compter de la réception de la demande vaut autorisation.

Exposé des motifs

Les maisons de naissance sont des structures autonomes de suivi médical des grossesses physiologiques, de l'accouchement et de ses suites, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, qui ont vu le jour à titre expérimental en 2015. Elles s'adressent aux femmes sans antécédents ni comorbidités particuliers, désireuses d'une prise en charge globale de leur accompagnement, d'un accouchement physiologique sécurisé et de soins du post-partum réalisés au domicile, à leur retour quelques heures après la naissance. La femme et son entourage bénéficient ainsi d'un suivi personnalisé par une ou deux sages-femmes dès le début de la grossesse. La

sécurité est assurée par la proximité avec un service de maternité dont chaque maison de naissance est partenaire, ce qui permet un transfert rapide de la parturiente ou du nouveau-né, si nécessaire. Compte tenu de la moindre médicalisation dans ces structures (pas de personnel médical autre que les sages-femmes, pas de plateau technique) le coût global de prise en charge d'un accouchement est inférieur à celui réalisé en maternité de niveau 1.

Eu égard aux résultats positifs atteints par les huit structures implantées dans six régions (Île-de-France, Occitanie, Auvergne-Rhône Alpes, Grand Est, Guadeloupe, La Réunion) et qui ont fait l'objet d'un rapport au Parlement cet été, il convient de les pérenniser et de développer cette offre qui répond aux attentes d'une partie de la population. En effet, l'expérimentation a démontré que ces structures répondaient à de réels besoins et pouvaient représenter une nouvelle offre de santé périnatale complémentaire aux soins prodigués dans les maternités.

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

Article 31

- ① I. – Après l'article L. 6111-1-5 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6111-1-6 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6111-1-6.* – Sans préjudice des dispositions de l'article L. 6111-1-5, les établissements de santé peuvent mettre en place un dispositif d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins pour des patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hébergement hospitalier pour leur prise en charge.
- ③ « L'établissement de santé peut déléguer la prestation à un tiers par voie de convention. »
- ④ II. – Le *b*) du 2° du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.
- ⑤ III. – Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions d'accès et les critères d'éligibilité des patients au dispositif mentionné à l'article L. 6111-1-6 du code de la santé publique, les

conditions et les modalités de contribution de l'assurance maladie à son financement, en particulier pour sa mise en place et les conditions de choix et de conventionnement des tiers qui peuvent se voir déléguer par les établissements la réalisation de la prestation d'hébergement, sont fixées par décret en Conseil d'État.

- ⑥ Un cahier des charges fixe les conditions d'accès à ce financement. Son contenu est établi par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑦ Un rapport d'évaluation est réalisé au 31 décembre 2022 et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Exposé des motifs

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

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

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

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

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

Article 32

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale relative aux actes de téléconsultation est supprimée jusqu'au 31 décembre 2021.

Exposé des motifs

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

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

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

Afin d'accompagner l'essor de cette pratique, il est donc proposé de prolonger jusqu'à la fin de l'année 2021 la mesure dérogatoire de prise en charge à 100 % des téléconsultations, afin de laisser le temps aux partenaires conventionnels de redéfinir les conditions du recours à cette pratique et aux professionnels de santé de s'équiper des outils et solutions techniques permettant sa gestion dans le droit commun.

Article 33

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

Exposé des motifs

La convention médicale qui régit les liens entre les médecins libéraux et l'assurance maladie arrivera à échéance le 24 octobre 2021. Or les textes organisant la vie conventionnelle prévoient un lancement du processus de négociation dès janvier 2021, soit trois mois avant les élections qui doivent conduire à revoir la représentativité des différents syndicats signataires. Il

convient donc de proroger la convention actuelle afin de permettre que la négociation de la prochaine convention médicale puisse se dérouler à l'issue de ce processus électoral.

Article 34

- ① I. – A titre expérimental, pour une durée de trois ans dans le ressort de quatre caisses départementales ou interdépartementales de mutualité sociale agricole, par dérogation aux articles L. 4624-2 et L. 4624-3 du code du travail et dans les conditions fixées par un protocole de coopération établi conformément aux dispositions de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, l'infirmier qualifié en santé au travail relevant des services de santé au travail de ces caisses assure :
 - ② 1° La réalisation de l'examen périodique du travailleur agricole, dans le cadre du suivi individuel renforcé dont il bénéficie en application de l'article L. 4624-2 du code du travail ;
 - ③ 2° La réalisation de l'examen de reprise de la travailleuse agricole après son congé maternité, dès lors qu'elle n'est pas affectée à un poste présentant des risques particuliers, ainsi que l'échange prévu dans ce cadre avec la travailleuse agricole au titre de l'article L. 4624-3 du code du travail ;
 - ④ 3° Le bilan d'exposition aux risques professionnels effectué lorsque le travailleur agricole atteint l'âge de cinquante ans.
- ⑤ Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation. Il précise notamment le rôle de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole dans le pilotage de sa mise en œuvre.
- ⑥ II. – Au plus tard trois mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement présente au Parlement un rapport d'évaluation de celle-ci.

Exposé des motifs

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

Autoriser les infirmiers de santé au travail à réaliser certains actes relevant de la compétence des médecins du travail doit en effet permettre d'assurer une meilleure couverture des obligations légales et réglementaires à la charge de ces services, tant au niveau du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs agricoles qu'au niveau de la traçabilité des expositions professionnelles en milieu agricole. Cette nouvelle organisation permettrait également de recentrer l'activité des médecins sur le suivi et l'examen des salariés les plus à risque ou actuellement trop peu suivis comme les saisonniers agricoles.

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

CHAPITRE II

Allonger le congé paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre pour partie obligatoire

Article 35

- ① I. – Le code du travail est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 1225-35 :
- ③ a) Au premier alinéa, les mots : « et dans un délai déterminé par décret » sont supprimés, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : « ou concubin », les mots : « ou vivant maritalement avec elle » sont supprimés et les mots : « onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs » sont remplacés par les mots : « vingt-cinq jours calendaires ou trente-deux jours calendaires » ;
- ④ b) Après le deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑤ « Ce congé est composé d'une période de quatre jours calendaires consécutifs, faisant immédiatement suite au congé de naissance mentionné au 3° de l'article L. 3142-1, et d'une période de vingt-et-un jours

calendaires, portée à vingt-huit jours calendaires en cas de naissances multiples.

- ⑥ « Le délai de prévenance de l'employeur quant à la date prévisionnelle de l'accouchement et aux dates de prise du congé et à la durée du ou des congés, le délai dans lequel les jours de congé doivent être pris ainsi que les modalités de fractionnement de la période de congé de vingt-et-un et vingt-huit jours sont fixés par décret. Le délai de prévenance relatif à la date prévisionnelle de l'accouchement et celui relatif aux dates de prise du ou des congés de la seconde période de vingt et un ou de vingt-huit jours ainsi qu'à la durée de ces congés doivent être compris entre quinze jours et deux mois. » ;
- ⑦ c) Le troisième alinéa, devenu le cinquième, est supprimé ;
- ⑧ d) Au dernier alinéa, les mots : « le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est de droit pendant la période d'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « la période de congé de quatre jours consécutifs mentionnée au troisième alinéa est prolongée de droit, à la demande du salarié, pendant la période d'hospitalisation » ;
- ⑨ 2° Après l'article L. 1225-35, il est inséré un nouvel article L. 1225-35-1 ainsi rédigé :
- ⑩ « *Art L. 1225-35-1.* – Il est interdit d'employer le salarié pendant le congé mentionné au 3° de l'article L. 3142-1 et pendant la période de congé de paternité et d'accueil de l'enfant de quatre jours mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 1225-35, à l'exception de sa prolongation éventuelle mentionnée au dernier alinéa de cet article et sans qu'y fasse, le cas échéant, obstacle le non-respect par le salarié du délai de prévenance mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 1225-35.
- ⑪ « Lorsque le salarié est au moment de la naissance de l'enfant en congés payés ou en congés pour événements familiaux, l'interdiction d'emploi débute à compter de l'issue de cette période de congés.
- ⑫ « L'interdiction d'emploi ne s'applique pas pour le congé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 1225-35 lorsque le salarié ne peut pas bénéficier des indemnités et allocations versées dans les conditions prévues par l'article L. 331-8 du code de la sécurité sociale ou par d'autres dispositions législatives ou réglementaires. » ;

- ⑬ 3° A l'article L. 1225-40, le mot : « onze » est remplacé par le mot : « vingt-cinq » et le mot : « dix-huit » est remplacé par le mot « trente-deux » ;
- ⑭ 4° A l'article L. 3142-1 :
- ⑮ a) Au 3°, après les mots : « à son foyer », sont insérés les mots : « pour le père ou, le cas échéant, le conjoint ou concubin de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité » et les mots : « ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption » ainsi que la dernière phrase sont supprimés ;
- ⑯ b) Après le 3°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑰ « 3° *bis* Pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption ; »
- ⑱ 5° A l'article L. 3142-4 :
- ⑲ a) Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑳ « 3° Trois jours, pour chaque naissance survenue à son foyer. Cette période de congés commence à courir, au choix du salarié, le jour de la naissance de l'enfant ou le premier jour ouvrable qui suit ; »
- ㉑ b) Après le 3°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ㉒ « 3° *bis* Trois jours pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption ; »
- ㉓ c) Après le 6°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ㉔ « Les jours de congés mentionnés au présent article sont des jours ouvrables. »
- ㉕ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ㉖ 1° Au premier alinéa de l'article L. 161-6, le mot : « onze » est remplacé par le mot : « vingt-cinq » et le mot : « dix-huit » est remplacé par le mot : « trente-deux » ;
- ㉗ 2° A l'article L. 331-8 :
- ㉘ a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉙ « Lorsqu'il exerce son droit à congé prévu à l'article L. 1225-35 du code du travail dans les délais fixés par le décret auquel renvoie ce même

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

- ③② b) Au deuxième alinéa, les mots : « dix-huit jours consécutifs » sont remplacés par les mots : « trente-deux jours » ;
- ③① 3° Le premier alinéa du II de l'article L. 623-1 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ③② « A l'occasion de la naissance d'un enfant, le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou son concubin, auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre bénéficient, sur leur demande, d'indemnités journalières du même montant que celles mentionnées au 2° du I.
- ③③ « Pour bénéficier des indemnités mentionnées au premier alinéa, les intéressés doivent cesser leur activité professionnelle pendant une durée minimale, fixée par décret, à compter de la naissance et ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation. »
- ③④ III. – Le premier alinéa de l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime est remplacé deux alinéas ainsi rédigés :
- ③⑤ « Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint de la mère, la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou son concubin, lorsqu'ils appartiennent aux catégories mentionnées aux 1° et 2°, au a) du 4° et au 5° de l'article L. 722-10, bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande d'une allocation de remplacement.
- ③⑥ « Pour bénéficier de l'allocation prévue au premier alinéa, les intéressés doivent se faire remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux, cesser leur activité professionnelle pendant une durée minimale, fixée par décret, à compter de la naissance et ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation. »
- ③⑦ IV. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux enfants nés ou adoptés à partir du 1^{er} juillet 2021 et aux enfants nés avant cette date alors que leur naissance présumée était postérieure au 30 juin 2021.

- ③ Par dérogation au premier alinéa du présent IV, les dispositions du présent article relatives à l'information de l'employeur sur la date prévisionnelle de la naissance s'appliquent aux naissances prévues à compter du 1^{er} juillet 2021.

Exposé des motifs

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

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

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

Dans le prolongement des travaux de la commission d'experts pour les « 1 000 premiers jours », le Gouvernement souhaite ainsi engager une réforme profonde de ce congé. Le présent article propose dès lors d'en doubler la durée, grâce à un financement par la sécurité sociale, et de le rendre obligatoire sur une période de sept jours consécutive à la naissance de l'enfant. Il s'agit notamment de lutter contre les inégalités aujourd'hui observées dans le recours à ce congé, en permettant aux salariés plus précaires d'y avoir accès plus facilement.

CHAPITRE III

Tirer les conséquences de la crise sanitaire

Article 36

- ① I. – L'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa les mots : « des conditions adaptées pour le bénéfice » sont remplacés par les mots : « d'amélioration des conditions pour le bénéfice » ;
- ③ 2° Les huitième, neuvième et dixième alinéas sont remplacés par neuf alinéas ainsi rédigés :
- ④ « 6° La prise en charge par l'assurance maladie de frais de santé qui ne relèvent pas de la protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie ou la maternité au titre des articles L. 160-8 et L. 160-9 ;
- ⑤ « 7° Les conditions et la période d'attribution du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnées à l'article L. 861-5, à l'aide médicale de l'État mentionnées à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles et aux soins urgents mentionnés à l'article L. 254-1 du même code ;
- ⑥ « 8° La condition de stabilité et de régularité de résidence pour l'affiliation à l'assurance maladie et maternité prévue à l'article L. 160-1 du présent code ;
- ⑦ « 9° Les prestations en espèces d'assurance maladie, maternité et décès d'un régime obligatoire de sécurité sociale et le maintien du traitement ou de la rémunération des périodes de congé pour raison de santé pour les assurés relevant d'un régime visé à l'article L. 711-1 s'agissant :
- ⑧ « a) Des conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces prévues aux articles L.313-1, L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8 et L. 361-1 ou des dispositifs équivalents des autres régimes obligatoires ;
- ⑨ « b) Du délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 321-2 ou des dispositifs équivalents ;

- ⑩ « c) De la prise en compte du service de ces prestations dans les périodes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 323-1 ou des dispositifs équivalents ;
- ⑪ « 10° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du présent code et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime et au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code pour les accidents de travail ;
- ⑫ « 11° Le délai dans lequel le recours préalable mentionné à l'article L. 142-4 du présent code doit être formé ainsi que les délais relatifs aux conditions d'examen de ces recours, les délais à l'issue desquels une décision, un accord ou un avis peut ou doit intervenir ou est acquis implicitement. » ;
- ⑬ 3° Au onzième alinéa, devenu le dix-septième, après les mots : « risque en cause », sont insérés les mots : « ou nécessaires à la limitation de la propagation des effets de ce risque » et les mots : « assurés exposés » sont remplacés par les mots : « personnes exposées de manière directe ou indirecte » ;
- ⑭ 4° Au douzième alinéa, devenu le dix-huitième, les mots : « assurés concernés » sont remplacés par les mots : « personnes concernées » et il est ajouté une dernière phrase ainsi rédigée : « Il peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'il contient dans la limite d'un mois avant la date de sa publication. » ;
- ⑮ 5° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑯ « Le décret pris sur le fondement du présent article est dispensé des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire. Par dérogation à l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les conseils ou les conseils d'administration des caisses nationales concernées sont informés de tout projet de texte pris en application du présent article. »
- ⑰ II. Le code du travail est ainsi modifié :
- ⑱ 1° L'article L. 1226-1-1 devient l'article L. 1226-1-2 ;
- ⑲ 2° Il est rétabli un article L. 1226-1-1 ainsi rédigé :

- ⑳ « Art. L. 1226-1-1.- Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, tel que prévu à l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de conditions adaptées pour le versement de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1, dérogoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder un an.
- ㉑ « Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa peuvent porter, sur :
- ㉒ « 1° la condition d'ancienneté prévue au premier alinéa de l'article L. 1226-1 ;
- ㉓ « 2° les conditions prévues aux 1° et 3° de l'article L. 1226-1 ;
- ㉔ « 3° l'exclusion des catégories de salariés mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 1226-1 ;
- ㉕ « 4° les taux de l'indemnité complémentaire prévues par le décret pris pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 1226-1 ;
- ㉖ « 5° les délais fixés par le décret pris pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 1226-1 ;
- ㉗ « 6° les modalités de calcul de l'indemnité complémentaires prévues par le décret pris pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 1226-1.
- ㉘ « Le décret mentionné au premier alinéa détermine la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et peut leur conférer une portée rétroactive dans la limite d'un mois avant la date de sa publication. »

Exposé des motifs

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

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

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

Article 37

- ① I. – Le livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 815-26 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « *Art. L. 815-26.* – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité.
- ④ « Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes débiteurs mentionnés à l'article L. 815-27 des prestations qu'ils servent au titre de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-24.
- ⑤ « Les recettes du fonds sont constituées d'une fraction du produit de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 dans les conditions fixées par l'article L. 131-8. » ;
- ⑥ 2° Le deuxième alinéa de l'article L. 815-29 est supprimé ;
- ⑦ 3° Au cinquième alinéa de l'article L. 821-1-2, les mots : « du fonds spécial » sont supprimés.
- ⑧ II. – Le 11° de l'article L. 731-2 du code rural est de la pêche maritime est abrogé.
- ⑨ III. – Les dispositions des I et II entrent en vigueur pour les allocations dues à compter du 1^{er} janvier 2021. À cette date, les disponibilités, créances et dettes enregistrées par la Caisse des dépôts et consignations au titre du Fonds spécial invalidité sont transférées de plein droit à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les dépenses qui viendraient à être exposées après le 1^{er} janvier 2021 au titre d'allocations dues pour la période antérieure sont à la charge de l'État.

Exposé des motifs

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

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

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

CHAPITRE IV

Assouplir et simplifier

Article 38

- ① I. – La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° Au 1°, au 2° et au 8° de l'article L. 5121-1, les mots : « mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- ③ 2° Les articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ④ « *Art. L. 5121-12.* – I. – L'accès précoce défini au présent article régit l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- ⑤ « 1° Il n'existe pas de traitement approprié ;
- ⑥ « 2° La mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ;
- ⑦ « 3° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques ;
- ⑧ « 4° Ces médicaments sont présumés innovants, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent.
- ⑨ « II. – L'accès précoce s'applique :
- ⑩ « 1° Soit, par dérogation aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1, à un médicament qui ne dispose pas d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans un délai déterminé par la Haute Autorité de santé sans pouvoir excéder une limite fixée par décret, une demande de délivrance d'une telle autorisation ;
- ⑪ « 2° Soit à un médicament qui dispose, le cas échéant après application du 1°, d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée sans être inscrit pour cette indication sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, une demande d'inscription sur une de ces listes.
- ⑫ « III. – L'utilisation du médicament au titre de l'accès précoce est autorisée pour chaque indication considérée par la Haute Autorité de santé, sur demande de l'entreprise intéressée, pour une durée ne pouvant excéder une limite fixée par décret, éventuellement renouvelable.
- ⑬ « Lorsqu'elle porte sur un médicament mentionné au 1° du II, la décision d'autorisation est prise après avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, attestant de la forte présomption d'efficacité et de sécurité du médicament dans chaque indication considérée.
- ⑭ « IV. – L'autorisation d'accès précoce est subordonnée au respect, par l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil des données, défini par la Haute Autorité de santé et annexé à la décision d'autorisation. Le protocole est

élaboré en lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé lorsque l'autorisation est délivrée au titre du 1° du II.

- ⑮ « Les données à recueillir portent sur l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Elles concernent notamment les personnes appartenant à des populations non ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché.
- ⑯ « L'entreprise qui assure l'exploitation du médicament assure à sa charge le recueil de données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical.
- ⑰ « V. – Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 1° du II, le prescripteur informe le patient, son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou la personne de confiance que le patient a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription de la spécialité pharmaceutique ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché mais d'une autorisation d'accès précoce au titre du III, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : " *Prescription hors autorisation de mise sur le marché au titre d'une autorisation d'accès précoce* ".
- ⑱ « Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 2° du II, le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : "*Prescription au titre d'une autorisation d'accès précoce*".
- ⑲ « Dans tous les cas, le prescripteur informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite dans l'indication.
- ⑳ « VI. – L'autorisation d'accès précoce peut être suspendue ou retirée par la Haute Autorité de santé :
- ㉑ « 1° Si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ;

- ②② « 2° Lorsque l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament ne respecte pas l'engagement de déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement souscrit, le cas échéant, en application du 1° ou du 2° du II ou lorsqu'elle retire sa demande ;
- ②③ « 3° Sur demande de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour des motifs de santé publique, en cas de méconnaissance du protocole défini au III en ce qui concerne les règles d'utilisation thérapeutique, ou en cas de détérioration de la présomption d'efficacité ou de sécurité du médicament, résultant notamment des nouvelles données de suivi ou cliniques disponibles, d'un avis défavorable émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments ou d'un refus d'autorisation de mise sur le marché du médicament dans l'indication considérée.
- ②④ « En cas d'urgence, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, pour l'un des motifs mentionnés à l'alinéa précédent, suspendre temporairement l'autorisation d'accès précoce dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.
- ②⑤ « *Art. L. 5121-12-1. - I. -* Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation exceptionnelle, au titre de l'accès compassionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, lorsque les conditions suivantes sont réunies :
- ②⑥ « 1° Le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans l'indication considérée ;
- ②⑦ « 2° Il n'existe dans l'indication concernée aucun traitement approprié ;
- ②⑧ « 3° L'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées au regard des données cliniques disponibles ainsi que, lorsque l'indication concerne une maladie rare, des travaux et des données collectées par les professionnels de santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.
- ②⑨ « Cette utilisation exceptionnelle s'effectue en application soit d'une autorisation définie au II, soit d'un cadre de prescription compassionnelle défini au III.
- ③⑩ « II. – A la demande d'un médecin prescripteur, en vue du traitement d'une maladie grave, rare ou invalidante, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut autoriser, au titre de l'accès

compassionnel défini au I et pour une durée maximale d'un an renouvelable, l'utilisation pour un patient nommément désigné d'un médicament qui ne dispose pas, quelle que soit l'indication thérapeutique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par la Commission européenne, ou d'un médicament qui a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation et dont l'autorisation de mise sur le marché ne porte pas sur l'indication thérapeutique sollicitée.

- ① « Par dérogation au 1° du I, un médicament faisant l'objet, à un stade très précoce, d'une recherche impliquant la personne humaine dans l'indication considérée peut faire l'objet d'une autorisation au titre du présent II lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée et que le patient ne peut participer à cette recherche, sous réserve que l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament s'engage à déposer, dans un délai de trois mois à compter de l'octroi de la première autorisation délivrée par l'agence dans cette indication, une demande d'accès précoce définie à l'article L. 5121-12 dans cette indication.
- ② « Les spécialités autorisées en application du présent II sont importées, le cas échéant, par les pharmacies à usage intérieur. Elles sont mises à la disposition des prescripteurs par le titulaire des droits d'exploitation de la spécialité concernée.
- ③ « III. – De sa propre initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut établir, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée de trois ans renouvelable, un cadre de prescription relatif à un médicament faisant l'objet, pour d'autres indications, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence ou par la Commission européenne, afin de sécuriser une prescription non conforme à cette autorisation.
- ④ « Par dérogation au 2° du I, l'existence, dans l'indication concernée, d'un traitement disposant d'une autorisation de mise sur le marché ne fait pas obstacle à l'établissement d'un cadre de prescription compassionnelle pour un médicament, lorsqu'il ne s'agit pas d'une spécialité de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique. Ce médicament peut faire l'objet d'une prescription conformément au cadre ainsi établi, dès lors que le prescripteur juge qu'il répond, au moins aussi bien que la spécialité ayant fait l'objet de l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, aux besoins du patient.

- ③⑤ « IV. – Avant de délivrer une autorisation ou d'établir un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé informe, le cas échéant, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament en cause.
- ③⑥ « V. – Les autorisations et les cadres de prescription au titre de l'accès compassionnel sont assortis d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients, qui précise les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité ainsi que, le cas échéant, les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé ou encadré. Lorsqu'il se rattache à une autorisation délivrée au titre du deuxième alinéa du II ou à un cadre de prescription compassionnelle, ce recueil est financé par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite. Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de la spécialité dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.
- ③⑦ « Pour les médicaments autorisés ou faisant l'objet d'un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, les prescripteurs assurent, le cas échéant, le recueil et la transmission des données de suivi des patients traités requises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé suivant les modalités qu'elle fixe pour chacun des médicaments concernés. Ces modalités assurent le respect du secret médical.
- ③⑧ « VI. – Le prescripteur informe le patient, son représentant légal s'il est mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription de la spécialité pharmaceutique ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché mais de l'accès compassionnel au titre du II ou du III, le cas échéant de l'absence d'alternative thérapeutique, des risques encourus, et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "*Prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une autorisation de mise sur le marché*".

- ③⑨ « Il informe également le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite dans l'indication considérée.
- ④⑩ « Il motive sa prescription dans le dossier médical du patient, sauf lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de la spécialité dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.
- ④⑪ « VII. – L'autorisation ou le cadre de prescription compassionnelle peuvent être suspendus ou retirés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé si les conditions définies au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique.
- ④⑫ « Art. L. 5121-12-2. – En l'absence d'autorisation ou de cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 dans l'indication considérée, une spécialité pharmaceutique ne peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation d'accès précoce et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.
- ④⑬ « Dans ce cas, les dispositions du VI de l'article L. 5121-12-1 sont applicables et la mention portée sur l'ordonnance est : “*Prescription hors autorisation de mise sur le marché*”. » ;
- ④⑭ 3° Au deuxième alinéa de l'article L. 5121-14-3, les mots : « des recommandations temporaires d'utilisation mentionnées à l'article L. 5121-12-1, » sont supprimés et les mots : « son autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ses autorisations ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- ④⑮ 4° Au troisième alinéa de l'article L. 5121-18, les mots : « temporaire d'utilisation mentionnée au 1° du I de » sont remplacés par les mots : « d'accès précoce mentionnée à » ;
- ④⑯ 5° Le 8° de l'article L. 5121-20 est remplacé par les dispositions suivantes :

- ④⑦ « 8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir les autorisations prévues aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de ces autorisations, ainsi que les modalités d'établissement, de modification, de suspension et de retrait des cadres de prescription compassionnelle prévus à l'article L. 5121-12-1 ; »
- ④⑧ 6° Au deuxième alinéa de l'article L. 5123-2, les mots : « mentionnées à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou cadres de prescription compassionnelle dans une indication considérée mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ainsi que ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 dans le cadre d'une rupture de stock, d'un risque de rupture ou d'un arrêt de commercialisation, » ;
- ④⑨ 7° Au deuxième alinéa de l'article L. 5124-13, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- ⑤⑩ 8° Après le deuxième alinéa de l'article L. 5126-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤⑪ « Les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont réputés inscrits sur cette liste. Cette disposition s'applique sans préjudice de l'existence d'un autre circuit de délivrance pour les médicaments faisant l'objet d'un cadre de prescription compassionnelle. » ;
- ⑤⑫ 9° Le 7° de l'article L. 5421-8 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑤⑬ « 7° Le fait pour toute entreprise qui assure l'exploitation du médicament ou tout prescripteur de ne pas recueillir ou transmettre à la Haute Autorité de santé ou, le cas échéant, à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, dans les délais impartis, les données et les informations mentionnées au IV de l'article L. 5121-12 et au V de l'article L. 5121-12-1 ; »

- ⑤4 10° A l'article L. 5422-3 et au 7° de l'article L. 5422-18, les mots : « de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- ⑤5 11° Au 3° du II de l'article L. 5432-1, les mots : « l'article L. 5121-12-1 » sont remplacés par les mots : « les articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- ⑤6 12° Au dernier alinéa de l'article L. 5521-6, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle prévus aux l'articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ».
- ⑤7 II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑤8 1° Au 1° de l'article L. 133-4, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2020, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;
- ⑤9 2° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :
- ⑥0 a) Au I, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » ;
- ⑥1 b) Le II est ainsi modifié :
- ⑥2 - au 3°, les mots : « temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge correspondante » ;
- ⑥3 - le 4° est abrogé ;
- ⑥4 3° Au premier alinéa de l'article L. 138-11, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » ;
- ⑥5 4° A l'article L. 161-37, il est inséré un 17° ainsi rédigé :
- ⑥6 « 17° Prendre les décisions relatives aux autorisations d'accès précoce des médicaments mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ; »

- 67 5° Au troisième alinéa du I de l'article L. 162-16-5, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;
- 68 6° Les articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 sont remplacés par les dispositions suivantes :
- 69 « *Art. L. 162-16-5-1. – I. –* Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge à titre dérogatoire par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées, dans les conditions définies au présent article et aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-4.
- 70 « II. - A. - Pour chaque indication considérée, la prise en charge mentionnée au I du présent article prend fin lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié.
- 71 « B. - Pour chaque indication considérée, il est également mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge :
- 72 « 1° En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;
- 73 « 2° En cas de refus d'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au A ;
- 74 « 3° En cas de retrait de la demande d'autorisation de mise sur marché ou de la demande d'inscription à ce titre, sur l'une des listes mentionnées au A.
- 75 « III. – Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription du médicament en cause, au titre de son autorisation

de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

- 76 « IV. – En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché.
- 77 « V. – Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation d'accès précoce sont définies par décret en Conseil d'État.
- 78 « *Art. L. 162-16-5-1-1.* – I. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3 ni d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 du présent code pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations.
- 79 « Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente.
- 80 « II. – A. – Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées.
- 81 « Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- 82 « Pour l'application des deux alinéas précédents, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires

total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

- ⑧③ « B. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles les taux de remise mentionnés au A sont majorés :
- ⑧④ « 1° En l'absence de dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement dans le délai fixé, le cas échéant, en application du 1° ou du 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;
- ⑧⑤ « 2° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif ou le prix dans un délai de 180 jours suivant la demande d'inscription sur une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 et, le cas échéant, à l'issue de nouveaux délais ;
- ⑧⑥ « 3° En cas d'inscription au remboursement d'une autre spécialité identifiée par la Haute Autorité de santé comme répondant au besoin thérapeutique dans l'indication considérée ;
- ⑧⑦ « 4° Lorsque l'indication considérée fait l'objet, lors de la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 3°, d'une évaluation de la Haute Autorité de santé remettant en cause la présomption d'innovation de la spécialité considérée.
- ⑧⑧ « La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.
- ⑧⑨ « III. – A. – Lorsqu'un médicament ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre de l'article L. 162-16-5-1 est inscrit au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché incluant, en tout ou partie, cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du IV de l'article L. 162-18 détermine également le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire définies selon les modalités suivantes.
- ⑨⑦ « Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :
- ⑨⑧ « 1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, et prises en charge au titre de

l'article L. 162-16-5-1 et, le cas échéant, au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;

- 92 « 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II et le cas échéant, de la remise prévue au III de l'article L. 162-16-5-2, au titre de l'indication considérée et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge.
- 93 « Si le montant mentionné au 1° est inférieur à celui mentionné au 2°, le laboratoire verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants. Dans le cas contraire, il est restitué au laboratoire la différence entre ces deux montants, dans la limite de la remise versée au titre du II pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1.
- 94 « B. – Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu.
- 95 « Toutefois, le laboratoire redevable de remises en application de l'alinéa précédent peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1^{er} mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement de ces remises a eu lieu. Elle peut prévoir :
- 96 « 1° Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du premier alinéa du présent B ;
- 97 « 2° Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui aurait été dû en application du premier alinéa du présent B, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.
- 98 « IV. – Pour l'application du III, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article

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

- ⑨ « Le III est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.
- ⑩ « Dans ce cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.
- ⑪ « V. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.
- ⑫ « *Art. L. 162-16-5-2. – I. –* Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, par l'assurance maladie dans les conditions définies au présent article.
- ⑬ « II. – A. – Lorsque la spécialité pharmaceutique est déjà inscrite, au titre d'une autre indication, sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7, la prise en charge s'effectue sur la base du taux de participation de l'assuré mentionné à l'article L. 160-13, du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5, ou du tarif de responsabilité et du prix limite de vente aux établissements mentionnés à l'article L. 162-16-6 en vigueur.
- ⑭ « B. – Lorsque la spécialité n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au A pour aucune de ses indications, la prise en charge s'effectue :
- ⑮ « 1° Soit sur la base du prix facturé aux établissements de santé. Dans ce cas, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité déclare aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le montant

de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code ;

- 106** « 2° Soit, le cas échéant, sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté peut également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code.
- 107** « III. – A. – Sauf si l'indication est prise en charge sur une base forfaitaire en application du 2° du B du II, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxe facturé au titre de l'indication et de la période considérées.
- 108** « Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- 109** « Pour l'application des deux alinéas précédents, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.
- 110** « B. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles, lorsque l'autorisation relève du deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, les taux de remise mentionnés au premier alinéa sont majorés :
- 111** « 1° Si l'entreprise ne dépose pas de demande d'accès précoce dans le délai mentionné à cet alinéa ;
- 112** « 2° Ou si le nombre d'autorisations pour le médicament excède des seuils graduels fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

- ⑪⑩ « La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.
- ⑪⑪ « IV. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut assortir la prise en charge définie en application du I de l'obligation, pour le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité :
- ⑪⑫ « 1° De déposer, dans un délai déterminé, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;
- ⑪⑬ « 2° De respecter des conditions particulières de dispensation, déterminées en cohérence avec les obligations prévues par le protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi.
- ⑪⑭ « En cas de manquement aux conditions fixées par l'arrêté, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. Elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.
- ⑪⑮ « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- ⑪⑯ « V. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge définie au I cesse lorsque :
- ⑪⑰ « 1° Une autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est délivrée dans l'indication considérée ;
- ⑪⑱ « 2° Une décision relative à l'inscription au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers

alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, le cas échéant, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

- (122)** « 3° Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale décident de mettre fin à cette prise en charge par arrêté :
- (123)** « a) En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée au II ou du cadre de prescription compassionnelle mentionné au III de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ;
- (124)** « b) Ou lorsqu'une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code.
- (125)** « VI. – Un médicament pris en charge en application du I du présent article peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation d'accès compassionnel ou le cadre de prescription compassionnelle cesse de produire ses effets continuer à être pris en charge pour l'indication en cause :
- (126)** « 1° Lorsque cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour ce médicament sans être inscrite sur l'une des listes mentionnées au 2° du V. Toutefois, la prise en charge cesse lorsqu'aucune décision d'inscription n'a été prise dans les sept mois suivant l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée ou si aucune demande d'inscription sur une de ces listes n'a été déposée dans le mois suivant l'autorisation de mise sur le marché ;
- (127)** « 2° Pour le traitement d'un patient donné, initié dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée au titre du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du présent article sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du même code.
- (128)** « VII. – Lorsqu'une indication thérapeutique est prise en charge en application du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation du médicament au titre de l'indication ou des indications faisant l'objet de l'autorisation de mise sur le marché.

- 129 « VIII. – Les modalités d’application du présent article sont définies par décret en Conseil d’Etat. » ;
- 130 7° L’article L. 162-16-5-3 est ainsi modifié :
- 131 a) Au premier alinéa, les mots : « de l’autorisation mentionnée à l’article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d’une prise en charge au titre de l’article L. 162-16-5-1 ou de l’article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : d’une autorisation ou d’un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante en application des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code » et les mots : « au titre des dispositions de l’article L. 162-16-5-1-1 ou de l’article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « de ce cadre de prescription compassionnelle » ;
- 132 b) Au second alinéa, les mots : « à l’article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- 133 8° Le I de l’article L. 162-16-5-4 est remplacé par les dispositions suivantes :
- 134 « I. – La prise en charge d’une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre de l’article L. 162-16-5-1 implique l’engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d’assurer la continuité des traitements initiés :
- 135 « 1° Pendant la durée de la prise en charge au titre du même article ;
- 136 « 2° Et pendant une durée minimale, fixée par décret dans la limite d’un an, à compter, pour l’indication considérée, de l’arrêt de la prise en charge au titre du même article.
- 137 « Ces dispositions ne s’appliquent pas si la spécialité, pour l’indication concernée, fait l’objet d’un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.
- 138 « Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre de l’article L. 162-16-5-1, les mêmes conditions de dispensation et de prise en charge sont maintenues.
- 139 « Si, lorsque l’inscription est prononcée uniquement sur la liste mentionnée au premier alinéa de l’article L. 5123-2 du code de la santé publique, le chiffre d’affaires facturé aux établissements de santé, au titre

de la période de continuité de traitement, minoré des remises mentionnées au II de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code au titre de cette même période est supérieur à celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-2, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre ces deux montants. » ;

- 140** 9° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2, les mots : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 » ;
- 141** 10° L'article L. 162-17-2-1 est ainsi modifié :
- 142** a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 143** - les mots : « Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, tout » sont remplacés par le mot : « Tout » ;
- 144** - les mots : « La spécialité, le » sont remplacés par les mots : « Le » ;
- 145** - les mots : « , à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code » sont supprimés ;
- 146** - les mots : « En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et le protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi mentionné au même article L. 5121-12-1, l'arrêté » sont remplacés par les mots : « L'arrêté » ;
- 147** - les mots : « le laboratoire ou » et les mots : « une demande d'autorisation de mise sur le marché ou » sont supprimés ;
- 148** - les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code » ;
- 149** - les mots : « spécialités pharmaceutiques » sont supprimés ;

- 150) *b)* Au deuxième alinéa, le mot : « spécialités, » et les mots : « de la spécialité, » sont supprimés ;
- 151) *c)* Au troisième alinéa, les mots : « la spécialité pharmaceutique, » et la dernière phrase sont supprimés ;
- 152) *d)* Au quatrième alinéa, les mots : « la spécialité pharmaceutique, » sont supprimés et les mots : « inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « pas inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code » et la référence : « L. 162-16-4 » est remplacée par la référence : « L. 165-2 » ;
- 153) *e)* Au cinquième alinéa, les mots : « du laboratoire ou » et les mots : « le laboratoire ou » sont supprimés ;
- 154) 11° Au 2° de l'article L. 162-17-4, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1-1 » ;
- 155) 12° Au premier alinéa du IV de l'article L. 162-18, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12 ou à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante au titre des articles L. 165-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 » ;
- 156) 13° A l'article L. 162-22-7-3, les mots : « l'un des dispositifs de » sont remplacés par le mot : « la », le mot : « mentionnés » est remplacé par le mot : « mentionnée » et la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacé, dans ses deux occurrences, par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;
- 157) 14° Le 6° de l'article L. 182-2 est abrogé ;
- 158) 15° Au dernier alinéa du II de l'article L. 315-2, les mots : « d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 » sont remplacés par les mots : « de l'une des autorisations ou cadres de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée au titre des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 ».

- 159 III. – Au second alinéa de l'article 281 *octies* du code général des impôts, les mots : « autorisation temporaire d'utilisation visés à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « une autorisation ou un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ».
- 160 IV. – A. – Les I, II et III entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} juillet 2021.
- 161 B. – Les autorisations temporaires d'utilisation, délivrées au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi et dont l'échéance est postérieure à la date mentionnée au A, demeurent régies jusqu'à leur terme, notamment en ce qui concerne leur prise en charge par l'assurance maladie, par les dispositions du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la présente loi.
- 162 Les autorisations mentionnées au premier alinéa du présent B ne peuvent être renouvelées à leur terme. Toutefois les spécialités en cause peuvent alors faire l'objet, dans l'indication concernée, d'une autorisation, soit au titre de l'accès précoce, soit au titre de l'accès compassionnel, dans les conditions prévues respectivement aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant du présent article. Dans le premier cas, pour l'application du A du III de l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du présent article, le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire est déterminé en tenant compte également du chiffre d'affaires correspondant à la période de prise en charge au titre de l'autorisation temporaire d'utilisation.
- 163 Les dispositions de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi restent applicables aux autorisations temporaires d'utilisation délivrées antérieurement à la date mentionnée au A.
- 164 C. – Les spécialités qui sont, à la date mentionnée au A, prises en charge par l'assurance maladie en application de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi, font l'objet d'une prise en charge dans les conditions prévues par les articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du même code dans leur rédaction résultant du présent article.

- 165** D. – Les spécialités faisant l’objet d’une recommandation temporaire d’utilisation, délivrée au titre de l’article L. 5121-12-1 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi et dont l’échéance est postérieure à la date mentionnée au A, sont réputées, à compter de cette date et pour la durée restant à courir, faire l’objet dans l’indication en cause d’un cadre d’accès compassionnel défini au III de l’article L. 5121-12-1 du même code dans sa rédaction résultant du présent article.
- 166** Toutefois, ces mêmes spécialités demeurent soumises, pour la durée mentionnée au premier alinéa ainsi qu’au titre d’éventuels renouvellements, aux règles de prise en charge par l’assurance maladie définies à l’article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi.
- 167** E. – Pour l’application des articles L. 162-16-5-2 et L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant du présent article, jusqu’à une date fixée par décret au plus tard le 1^{er} janvier 2023, les remises dues par les laboratoires au titre d’une spécialité bénéficiant, dans une indication donnée, de la prise en charge mentionnée au même article L. 162-16-5-2 du même code au titre d’un cadre de prescription compassionnelle mentionné au III de l’article L. 5121-12-1 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant du présent article et dispensée en officine à ce titre, sont calculées sur la base d’une fraction du chiffre d’affaires annuel réalisé pour cette spécialité déterminée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite de 10 %.

Exposé des motifs

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

- permettre aux patients souffrant de maladies graves ou rares, en l’absence de traitement approprié, de disposer de nouveaux médicaments présumés efficaces et sûrs en amont de l’octroi d’une AMM ou de médicaments autorisés dans une nouvelle indication, avant leur inscription au remboursement dans cette indication après avis de la HAS. Ces situations sont actuellement couvertes par les dispositifs suivants : autorisations temporaires d’utilisation nominative (ATUn), autorisations

temporaires d'utilisation de cohorte (ATUc), ATU pour des extensions d'indication, prise en charge anticipée post-AMM ;

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

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

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

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

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

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

Article 39

①

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

- ② 1° À l'article L. 161-37 :
- ③ a) Après le 15°, il est inséré un 16° ainsi rédigé :
- ④ « 16° Etablir un référentiel des bonnes pratiques professionnelles des prestataires de service et des distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique et établir et mettre en œuvre des procédures de certification de ces professionnels. » ;
- ⑤ b) Au dernier alinéa, les mots : « et 15° » sont remplacés par les mots : « , 15° et 16° » ;
- ⑥ 2° A l'article L. 165-6 :
- ⑦ a) Au début du premier alinéa, il est inséré un « I. – » ;
- ⑧ b) L'article est complété par un « II » ainsi rédigé :
- ⑨ « II. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut conclure, à l'échelon national, avec un ou plusieurs syndicats ou organisations regroupant des prestataires de service et des distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique, un accord relatif aux produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du présent code, portant sur les éléments définis au premier alinéa du I ainsi que sur les modalités de délivrance et de prise en charge de ces produits et prestations. Cet accord prévoit notamment des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnés à l'article L. 861-1 conformément au deuxième alinéa du I. En l'absence d'accord ou si les dispositions de l'accord ne répondent pas aux conditions définies au deuxième alinéa du I, les troisième et quatrième alinéas du même I s'appliquent.
- ⑩ « Peuvent seuls adhérer à l'accord national mentionné au précédent alinéa les prestataires de services et les distributeurs de matériels détenant la certification prévue au 16° de l'article L. 161-37. L'accord peut, selon les modalités prévues au dernier alinéa du I, être rendu applicable à l'ensemble des prestataires de service et des distributeurs de matériels détenant cette certification.
- ⑪ « Les produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 délivrés par un prestataire de service ou un distributeur de matériels ne sont pris en charge par l'assurance maladie que si celui-ci a adhéré à l'accord prévu au premier alinéa du présent II ou si cet accord lui a été rendu applicable. À défaut d'accord, ces produits et prestations ne peuvent être pris en charge

que si le professionnel détient la certification prévue au 16° de l'article L. 161-37.

- ⑫ « Les conditions de mise en œuvre du présent II sont précisées par décret en Conseil d'Etat. » ;
- ⑬ 3° Au 3° de l'article L. 162-1-14-1, les mots : « deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6 » sont remplacés par les mots : « deuxième et troisième alinéas du I de l'article L. 165-6 ».
- ⑭ II. – 1° Le référentiel de bonnes pratiques professionnelles mentionné au 16° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est rendu public par la Haute Autorité de santé au plus tard le 31 décembre 2021 ;
- ⑮ 2° Le troisième alinéa du II de l'article L. 165-6 dans sa rédaction résultant du 2° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Exposé des motifs

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

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

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

Article 40

- ① I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 861-7, les mots : « directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 » et les mots : « directeur du fonds mentionné au deuxième alinéa du présent article » sont remplacées par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;
- ③ 2° L'article L. 862-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④ « *Art. L. 862-1.* – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de financement de la complémentaire santé solidaire. » ;
- ⑤ 3° L'article L. 862-2 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑥ « *Art. L. 862-2.* – Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.
- ⑦ « Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire.
- ⑧ « Pour les organismes mentionnés au *b*) de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.
- ⑨ « La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet au Gouvernement, au plus tard le 1^{er} septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.
- ⑩ « Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. » ;

- ⑪ 4° La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 862-5 est supprimée et le second alinéa du même article est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑫ « La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet trimestriellement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les données nécessaires au contrôle des montants des dépenses mentionnées à l'article L. 862-2. » ;
- ⑬ 5° À l'article L. 862-7 :
- ⑭ a) Le a) est abrogé ;
- ⑮ b) Aux c) et d), à chacune de ses occurrences, le mot : « fonds » est remplacé par le mot : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;
- ⑯ c) Au e), les mots : « et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent » sont remplacés par le mot : « transmet » ;
- ⑰ d) A l'avant-dernier alinéa, les mots : « fonds mentionné à l'article L. 862-1 » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;
- ⑱ e) Au dernier alinéa, les mots : « 15 novembre » sont remplacés par les mots :
« 31 décembre » ;
- ⑲ 6° L'article L. 862-8 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑳ « Art. L. 862-8. – Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu au 1° de l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention. »
- ㉑ II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.
- ㉒ III. – Sont transférés de plein droit à partir du 1^{er} janvier 2021 :
- ㉓ 1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie, les biens, disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatifs des droits et obligations du Fonds de la complémentaire santé solidaire directement afférents au financement de la protection complémentaire en matière de santé ainsi que les engagements qui en découlent ;

- ②④ 2° A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, les biens, disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatifs des droits et obligations du Fonds de la complémentaire santé solidaire directement afférents à la mise en œuvre du contrôle relatif à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale ou des vérifications relatives au calcul des demandes de remboursements mentionnés au a) de l'article L. 862-2 du même code ainsi que les engagements qui en découlent ;
- ②⑤ 3° A l'Etat, l'ensemble des autres biens, disponibilités, capitaux propres, droits et obligations, et notamment ceux nécessaires à l'établissement de la liste mentionnée à l'article L. 862-7 du même code et ceux, à l'exclusion des contrats de travail, afférents à la gestion administrative du Fonds de la complémentaire santé solidaire.
- ②⑥ Ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit.
- ②⑦ Les modalités d'application du présent III sont fixées par décret, à l'exception des conditions d'établissement des comptes du Fonds de la complémentaire santé solidaire relatifs à l'exercice 2020 et de leur transfert au 1^{er} janvier 2021, qui sont définies par décret en Conseil d'État.

Exposé des motifs

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

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

Article 41

- ① I. – L'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est précédé par un « I. – » et au même alinéa, les mots : « fonds des actions conventionnelles » sont remplacés par les mots : « fonds de soutien aux actions conventionnelles et à la représentation des professionnels de santé libéraux » ;
- ③ 2° Les I, II et III précédant respectivement les deuxième, troisième et cinquième alinéas sont supprimés ;
- ④ 3° Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑤ « Ce fonds est organisé en deux sections définies aux II et III du présent article.
- ⑥ « II. – La première section finance les actions conventionnelles. » ;
- ⑦ 4° Au deuxième alinéa, devenu le quatrième, les mots : « ce fonds » sont remplacés par les mots : « cette section » ;
- ⑧ 5° Aux troisième et quatrième alinéas, devenus les cinquième et sixième, les mots : « le fonds » sont remplacés par les mots : « la section » ;
- ⑨ 6° Après le cinquième alinéa, devenu le septième, sont insérées les dispositions suivantes :
- ⑩ « III. – La seconde section contribue à financer la participation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés à la vie conventionnelle, ainsi qu'aux concertations et consultations organisées par les pouvoirs publics.
- ⑪ « Cette section est alimentée :
- ⑫ « 1° Par la fraction, prévue au I de l'article L. 4031-4 du code de la santé publique, de la contribution définie au même article ;
- ⑬ « 2° Par une dotation de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, dont le montant est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale au regard des frais de participation des organisations aux instances conventionnelles.

- ⑭ « Les crédits du fonds sont répartis entre les organisations syndicales représentatives mentionnées à l'article L. 162-33 du présent code, pour chaque profession concernée, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat en fonction de leur audience ou, pour les professions mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, de leurs effectifs. Les organisations bénéficiaires établissent chaque année un rapport détaillant l'utilisation des crédits perçus dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑮ 7° Au IV, après le mot : « définies », sont insérés les mots : « , sauf disposition contraire, ».
- ⑯ II. – Le premier alinéa de l'article L. 4031-4 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑰ « Aux fins de soutenir la participation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés à la vie institutionnelle, il est institué une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accords mentionnés à l'article L. 4031-3. Cette contribution est affectée au financement des unions régionales des professionnels de santé et, pour une part fixée par décret, au financement de la seconde section du fonds mentionné à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale.
- ⑱ « La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession. »
- ⑲ III. – Le II entre en vigueur au titre des contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2021.

Exposé des motifs

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

Article 42

- ① I.- Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 3222-5-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « *Art. L. 3222-5-1. – I. – L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.*
- ④ « II. – La mesure d'isolement est prise pour une durée de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures.
- ⑤ « La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures.
- ⑥ « A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées maximales prévues aux deux alinéas précédents, la mesure d'isolement ou de contention, dans le respect des autres conditions prévues aux mêmes alinéas. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 et leur fait part de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application des dispositions de l'article précité et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.
- ⑦ « Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application des dispositions du IV de l'article L. 3211-12-1 du présent code.

- ⑧ « Pour l'application du présent II, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. En-deçà de ce délai sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et les dispositions des premier, deuxième et troisième alinéas relatifs au renouvellement des mesures lui sont applicables.
- ⑨ « L'information prévue au troisième alinéa du présent II est également délivrée lorsque le médecin prend une quatrième mesure d'isolement ou de contention sur une période de quinze jours.
- ⑩ « Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent II.
- ⑪ « III. – Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, l'identifiant du patient concerné et sa date de naissance, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.
- ⑫ « L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. » ;
- ⑬ 2° À l'article L. 3211-12 :
- ⑭ a) Après le premier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « Il peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application du troisième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1. » ;
- ⑯ b) Le 6° du I est complété par les mots : « dès lors qu'ils sont identifiés » ;

- ⑰ c) Au dernier alinéa du I, les mots : « telle mesure » sont remplacés par les mots : « mesure visée au premier alinéa du présent article ou d'une mesure d'isolement ou de contention. »
- ⑱ d) Au III, après les mots : « d'hospitalisation complète, », sont insérés les mots : « d'isolement ou de contention » ;
- ⑲ 3° A l'article L. 3211-12-1 :
- ⑳ a) Le IV devient le V ;
- ㉑ b) Il est rétabli un IV ainsi rédigé :
- ㉒ « IV. – Lorsque le juge des libertés et de la détention n'ordonne pas la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il statue, le cas échéant, y compris d'office, sur le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. » ;
- ㉓ 4° L'article L. 3211-12-2 est complété par un III ainsi rédigé :
- ㉔ « III. – Par dérogation aux dispositions du I, le juge des libertés et de la détention saisi d'une demande de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention prise en application du II de l'article L. 3222-5-1, ou qui s'en saisit d'office, statue sans audience selon une procédure écrite.
- ㉕ « Le patient ou, le cas échéant, le demandeur, peut demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention auquel cas cette audition est de droit. Néanmoins, si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.
- ㉖ « L'audition du patient ou, le cas échéant, du demandeur, peut être réalisée par tout moyen de de télécommunication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, permettant de s'assurer de son identité et garantissant la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges lorsque les conditions suivantes sont réunies :
- ㉗ « 1° Un avis médical a attesté que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé ;
- ㉘ « 2° Le directeur de l'établissement d'accueil s'est assuré de l'accord du patient ou, le cas échéant, du demandeur.

- ②⑨ « Dans ce cas, le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État.
- ③⑩ « S'il l'estime nécessaire, le juge des libertés et de la détention peut décider de tenir une audience. Dans cette hypothèse, il est fait application des dispositions du I et du II du présent article. Le dernier alinéa du I n'est pas applicable à la procédure d'appel. » ;
- ③⑪ 5° Après le premier alinéa de l'article L. 3211-12-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③⑫ « Lorsque le premier président ou son délégué est saisi d'un appel formé à l'encontre d'une ordonnance du juge des libertés et de la détention statuant sur le maintien d'une mesure d'isolement ou de contention prise sur le fondement de l'article L. 3222-5-1, il est fait application des dispositions prévues au III de l'article L. 3211-12-2. Le premier président ou son délégué statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État. »

Exposé des motifs

Par décision en date du 19 juin 2020, le Conseil constitutionnel a déclaré l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique contraire à la Constitution

La mesure proposée vise à remplacer l'article abrogé par un article fixant des durées maximales pour l'isolement et la contention qui soient conformes aux recommandations de la Haute Autorité de la santé et en instaurant et précisant les modalités du contrôle du juge des libertés et de la détention sur ces mesures.

CHAPITRE V

Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 43

- ① I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257

du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 1 032 millions d’euros pour l’année 2021.

- ② II. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l’article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement du fonds pour la modernisation et l’investissement en santé mentionnée à l’article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 100 millions d’euros pour l’année 2021.
- ③ III. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l’article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l’article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 141,44 millions d’euros pour l’année 2021.
- ④ IV. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d’assurance maladie pour le financement de l’Office national d’indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l’article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 130 millions d’euros pour l’année 2021.

Exposé des motifs

Le Ségur de la santé a prévu un plan massif d’investissements de 6 milliards d’euros pour les établissements de santé, le déploiement du numérique en santé et le secteur médico-social. Afin de permettre la déclinaison opérationnelle de ce plan, le PLFSS 2021 prévoit la création d’un fonds transversal d’investissement dédié à l’accompagnement de la transformation du système de santé. Reprenant et élargissant les missions du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), ce fonds pour la modernisation et l’investissement en santé (FMIS) sera chargé de conduire et d’accompagner certaines opérations d’ampleur, autour de deux grandes priorités :

- les projets hospitaliers prioritaires et les investissements ville – hôpital ;

- le rattrapage du retard sur le numérique en santé.

Afin de poursuivre ces objectifs, le présent article fixe le montant de la dotation de l’assurance maladie au fonds pour la modernisation de l’investissement en santé (FMIS) pour l’année 2021 à hauteur de 1 032 millions d’euros. Cette dotation permet de poursuivre

l'accompagnement des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé et d'amorcer l'accompagnement de nouveaux projets prioritaires d'investissement pour un montant de 500 millions d'euros supplémentaires dès 2021.

Il fixe également à 100 millions d'euros le montant de la contribution 2021 de la branche autonomie au FMIS afin de financer le volet numérique pour le secteur médico-social qui s'élève au total à 600 millions d'euros en pluriannuel. Il s'agit de coordonner les investissements du numérique pour tous les secteurs au travers du FMIS et sous pilotage stratégique de la délégation du numérique en santé.

Il fixe par ailleurs à 141,44 millions d'euros le montant de la contribution de la CNSA au Fonds d'intervention régional à destination des ARS au titre de l'exercice 2021 afin de financer des groupements d'entraide mutuelle (GEM) pour 45 millions d'euros et des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA) pour 96 millions d'euros.

Enfin, en application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV). Le montant de cette dotation est fixé à 130 millions d'euros pour l'année 2021.

Article 44

- ① Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 218,4 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 216,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

La progression des dépenses d'assurance-maladie pour l'année 2021 est fixée à un niveau historique de manière à couvrir les besoins de

financement découlant des mesures décidées dans le cadre du Ségur de la santé et de la gestion de crise. L'effort sans précédent engagé en 2020 (majoration de l'objectif des dépenses d'assurance maladie de 10,1 milliards d'euros) se poursuit en 2021 avec un volet conjoncturel pour la gestion de la crise sanitaire (4,3 milliards d'euros) et un volet structurel s'agissant du financement des investissements et des revalorisations salariales (7,4 milliards d'euros).

Article 45

① Pour l'année 2021, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

②

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	98,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	92,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées.....	13,4
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées.....	12,4
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional.....	3,8
Autres prises en charge	3,8
Total.....	224,6

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie est fixée à 224,6 milliards d'euros, soit 8,9 milliards d'euros de plus que l'ONDAM 2020 rectifié. Hors dépenses exceptionnelles attachées à la covid, cela correspond à une progression structurelle inédite de 6 %, en cohérence avec les mesures de revalorisation et d'investissement décidées lors du Ségur de la Santé. Celui-ci conduit en effet à majorer l'ONDAM de 7,4 milliards d'euros en 2021. Par ailleurs, l'ONDAM 2021 intègre également une provision au titre de la poursuite de la gestion de crise (tests, masques, vaccins) pour un montant de 4,3 milliards d'euros.

Article 46

① I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au

financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 220 millions d'euros au titre de l'année 2021.

- ② II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 468 millions d'euros au titre de l'année 2021.
- ③ III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d'euros au titre de l'année 2021.
- ④ Par dérogation aux dispositions de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, la transmission du rapport mentionné au deuxième alinéa dudit article qui devait intervenir avant le 1^{er} juillet 2020 est reportée au 1^{er} juillet 2021 au plus tard. Le rapport suivant sera transmis avant le 1^{er} juillet 2024.
- ⑤ IV. – Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 176 millions d'euros et 10,6 millions d'euros pour l'année 2021.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de fixer les montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) du régime général au Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT/MP, ainsi que le montant correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.

Concernant plus précisément la sous-déclaration des AT/MP, elle est documentée tous les trois ans par une commission, mise en place en 1997, dont les travaux permettent de définir le montant du versement annuel de la branche AT/MP à la branche maladie. La dernière commission ayant remis son rapport en 2017, de nouveaux travaux étaient prévus au cours du premier semestre 2020, en vue d'une remise du rapport au Parlement au

1^{er} juillet. Toutefois, les mesures prises pour la gestion de l'épidémie à laquelle notre pays a dû faire face ont empêché la tenue de ces travaux.

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

Article 47

- ① Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 14,1 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,7 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des régimes obligatoires de base sont fixés à 14,1 milliards d'euros, en augmentation par rapport à 2020.

Article 48

- ① Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 251,9 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 144,7 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses d'assurance-vieillesse des régimes obligatoires de base de sécurité sociale progresseraient à hauteur de 2 % entre 2020 et 2021.

Article 49

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,3 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche famille devraient s'établir à 49,3 milliards d'euros. Elles tiennent compte de l'engagement du Gouvernement de renforcer le congé paternité et d'accueil du jeune enfant dans le prolongement des travaux conduits par la commission des 1 000 premiers jours. La prévision tire aussi les conséquences du transfert à la branche autonomie du financement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, en cohérence avec la nécessité de simplifier le parcours des familles entre les différents systèmes de compensation du handicap.

Article 50

Pour l'année 2021, les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 31,2 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'article 5 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a acté la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale prévoit que la loi de financement de la sécurité sociale doit fixer, dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses de l'année à venir, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général.

Le présent article fixe ainsi les objectifs de dépenses de la branche autonomie pour 2021 à 31,2 milliards d'euros. Les dépenses de la nouvelle branche sont constituées de celles de la CNSA ainsi que de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé précédemment prise en charge par la branche famille. Les dépenses en faveur des établissements et services médico-sociaux intègrent l'effet des mesures de revalorisation salariale

(1,4 milliard d’euros en 2021) et de majoration des investissements (400 millions d’euros en 2021) décidées dans le cadre du Ségur de la santé.

Article 51

① Pour l’année 2021, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu’il suit :

②

(en milliards d’euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse.....	19,2

Exposé des motifs

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient diminuer de 500 millions par rapport à 2020. Cette baisse s’explique principalement par une baisse du coût des prises en charge des périodes de chômage en 2021 par rapport à leur niveau atteint en 2020 du fait de la crise sanitaire.

ANNEXE A

① **RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2019, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2019**

② I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2019 :

③

(En milliards d'euros)

Actif	2019 (net)	2018 (net)	PASSIF	2019	2018
Immobilisations	7,4	7,3	Capitaux propres	-61,4	-77,0
Immobilisations non financières	5,2	5,0	Dotations	20,7	22,3
			<i>Régime général</i>	0,2	0,2
Prêts, dépôts de garantie	1,4	1,4	<i>Autres régimes</i>	7,0	6,4
			<i>Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)</i>	0,2	0,2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9	<i>Fonds de réserve pour les retraites (FRR)</i>	13,4	15,5
			Réserves	22,2	21,6
			<i>Régime général</i>	3,8	3,8
			<i>Autres régimes</i>	7,3	7,7
			<i>FRR</i>	11,1	10,1
			Report à nouveau	-122,6	-136,9
			<i>Régime général</i>	-4,6	-5,0
			<i>Autres régimes</i>	-4,1	-4,3
			<i>FSV</i>	-8,4	-6,6
			<i>CADES</i>	-105,5	-121,0
			Résultat de l'exercice	15,4	14,9
			<i>Régime général</i>	-0,3	0,5
			<i>Autres régimes</i>	+0,1	-0,2
			<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	-1,6	-1,8
			<i>CADES</i>	16,3	15,4
			<i>FRR</i>	0,8	0,9
			Ecart d'estimation	2,9	1,1

(En milliards d'euros)

Actif	2019 (net)	2018 (net)	PASSIF	2019	2018
			(réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)		
			Provisions pour risques et charges	17,2	17,5
Actif financier	57,9	55,8	Passif financier	132,5	142,6
Valeurs mobilières et titres de placement	45,1	43,4	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	118,6	131,1
<i>Régime général</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)</i>	<i>26,5</i>	<i>23,1</i>
<i>Autres régimes</i>	<i>12,9</i>	<i>11,5</i>	<i>CADES</i>	<i>92,0</i>	<i>108,0</i>
<i>CADES</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	6,4	6,1
<i>FRR</i>	<i>32,3</i>	<i>31,8</i>	<i>Régime général (ordres de paiement en attente)</i>	<i>5,1</i>	<i>4,8</i>
Encours bancaire	12,1	12,0	<i>Autres régimes</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>
<i>Régime général</i>	<i>1,5</i>	<i>2,2</i>	<i>CADES</i>	<i>1,0</i>	<i>1,0</i>
<i>Autres régimes</i>	<i>6,4</i>	<i>6,8</i>			
<i>FSV</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	Dépôts reçus	0,4	0,4
<i>CADES</i>	<i>3,1</i>	<i>2,3</i>	<i>ACOSS</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>
<i>FRR</i>	<i>1,1</i>	<i>0,7</i>			
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,6	0,5	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,0
<i>CADES</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>	<i>ACOSS</i>	<i>0,2</i>	<i>0,0</i>
<i>FRR</i>	<i>0,3</i>	<i>0,1</i>	Autres	6,8	5,0
			<i>Autres régimes</i>	<i>5,7</i>	<i>4,8</i>
			<i>CADES</i>	<i>1,1</i>	<i>0,3</i>
Actif circulant	83,4	77,3	Passif circulant	60,4	57,4
Créances de prestations	9,2	9,1	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	30,5	29,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8,5	8,5	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,1	2,4
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	47,8	43,2			
Créances sur entités	10,9	10,7	Dettes et charges à	11,4	11,0

(En milliards d'euros)

Actif	2019 (net)	2018 (net)	PASSIF	2019	2018
publiques et organismes de sécurité sociale			payer à l'égard d'entités publiques et organismes de sécurité sociale		
Produits à recevoir de l'État	0,6	0,7			
Autres actifs	6,3	5,2	Autres passifs	16,5	14,2
Total de l'actif	148,7	140,5	Total du passif	148,7	140,5

- ④ Sur le champ des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette publique (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 61,4 milliards d'euros au 31 décembre 2019. L'encours de dette sur les produits techniques à fin 2019 était de l'ordre de 12 %, soit environ 1,5 mois de recettes.
- ⑤ Après une dégradation très marquée à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net a connu une diminution continue entre 2014 et 2019. Cette inversion de tendance s'est amplifiée entre 2016 et 2019 (baisse de 7,9 milliards d'euros entre 2015 et 2016, de 12,8 milliards d'euros entre 2016 et 2017, de 11,6 milliards d'euros entre 2017 et 2018, puis de 15,6 milliards d'euros en 2019 par rapport à 2018). Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (15,4 milliards d'euros en 2019, contre 14,9 milliards d'euros en 2018). Elle reflète la poursuite de l'amortissement de la dette portée par la CADES (16,3 milliards d'euros en 2019) dans un contexte où la dégradation des déficits des régimes de base et du FSV est restée contenue en 2019 (déficit de 1,7 milliard d'euros contre 1,4 milliard d'euros en 2018), après le recul constant de ce déficit observé jusqu'en 2018.
- ⑥ Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et

dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l'infléchissement observé depuis 2015, l'endettement financier a continué de reculer fortement en 2019 (74,6 milliards d'euro contre 86,8 milliards d'euro fin 2018), en cohérence avec l'évolution du passif net qui n'a été que partiellement compensée par une augmentation du besoin en fonds de roulement.

⑦ Évolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009

⑧

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Passif net au 31/12 (capitaux propres négociés)	- 66,3	- 87,1	- 100,6	-107,2	- 110,9	-110,7	-109,5	-101,4	-88,5	-77,0	-61,4
Endettement financier net au 31/12	- 76,3	- 96,0	- 111,2	- 116,2	- 118,0	-121,3	-120,8	-118,0	-102,9	-86,8	-74,6
Résultat comptable consolidé de l'exercice (régimes de base FSV)	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4	+4,7	+8,1	+12,6	+14,9	+15,4

⑨ II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2019

⑩ Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits des années 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total.

⑪ L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte de conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et d'une reprise anticipée dont

les modalités de mise en œuvre ont été précisées par le décret n°2016-110 du 4 février 2016 et un arrêté du 14 septembre 2016.

- ⑫ Un montant total de 23,6 milliards d'euros a été repris en 2016, correspondant au transfert de la totalité des déficits de la branche famille et de la branche maladie au titre de 2013 et 2014 et de ceux de la branche vieillesse et du FSV au titre de 2015, ainsi que d'une partie du déficit de la branche maladie au titre de 2015.
- ⑬ Ce plafond de reprise par la CADES ayant été saturé après les transferts intervenus en 2016, c'est l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits des derniers exercices. Après un accroissement de 6,4 milliards d'euros entre 2016 et 2017, puis inversement un recul de 4,4 milliards d'euros entre 2017 et 2018 suite à l'évolution favorable des comptes sociaux, l'endettement financier brut de l'ACOSS a augmenté à nouveau de 3,5 milliards d'euros pour s'établir à 26,9 milliards d'euros au 31 décembre 2019, sous l'effet du financement des déficits du régime général et du FSV (déficit global de 1,9 milliard d'euros en 2019).
- ⑭ Le déficit du régime général s'est élevé à 0,4 milliard d'euros en 2019. Il est constitué des résultats comptables des branches maladie et vieillesse, qui ont respectivement enregistré des déficits de 1,5 milliard d'euros et de 1,4 milliard d'euros. Les branches famille et accidents du travail et maladies professionnelles ont quant à elles dégagé des excédents respectivement de 1,5 et 1,0 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 1,6 milliard d'euros.
- ⑮ Concernant les régimes de base autres que le régime général et qui présentent une situation déficitaire en 2019, le résultat de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), ressort en déficit depuis deux exercices, à - 0,7 milliard d'euros en 2019 après - 0,6 milliard d'euros en 2018.
- ⑯ La branche retraite du régime des exploitants agricoles, qui était déficitaire en 2017, a présenté un bénéfice de 0,01 milliard d'euros en 2018 puis de 0,1 milliard d'euros en 2019. Ses déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) atteignent cependant 3,6 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie octroyées par l'ACOSS, en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusque-là la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits

cumulés. Au 31 décembre 2019, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS.

- ⑰ Dans ce contexte, l'article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit un transfert à la CADES d'un montant global de 136 milliards d'euros, organisé en plusieurs étapes. Cette reprise de dette a vocation à financer, dans la limite de 31 milliards d'euros, les déficits cumulés non repris constatés au 31 décembre 2019 de la branche maladie du régime général (16,3 milliards d'euros) et du FSV (9,9 milliards d'euros), de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles (3,6 milliards d'euros) et de la CNRACL (déficits 2018 et 2019 de 1,3 milliards d'euros). Elle permettra par ailleurs de financer, dans la limite de 92 milliards d'euros, les déficits cumulés des exercices 2020 à 2023 des branches maladie, vieillesse et famille du régime général, du FSV et de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles.
- ⑱ Concernant les autres régimes de base, les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,4 milliard d'euros en 2019) et de la branche vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,2 milliard d'euros en 2019) augmentent respectivement de 0,3 milliard d'euros et 0,1 milliard d'euros en 2019. Celui du régime de base de la caisse nationale des barreaux français (0,06 milliard d'euros en 2019) reste stable. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.
- ⑲ Les autres régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches maladie des différents régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de la protection universelle maladie, branches vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants jusqu'en 2017), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'Etat, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAM à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

ANNEXE B

- ① **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**
- ② La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2021-2024.
- ③ Par rapport aux prévisions du PLFSS pour 2020, le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est dégradé de manière soudaine et dans des proportions jamais atteintes à la suite du choc d'une ampleur inédite qu'a subi l'économie française du fait de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19.
- ④ En conséquence de cette situation macro-économique exceptionnelle, la dégradation durable de la trajectoire pluriannuelle ne permet plus d'envisager un retour à l'équilibre à l'horizon 2024 (I). Cette trajectoire tient compte d'un surcroît important de dépenses de la branche maladie, que celles-ci soient ponctuelles pour faire face à la crise sanitaire, ou structurelles pour rénover le système de soins (II). Dans ce contexte particulier, les branches vieillesse et surtout maladie seraient dans une situation de déficits élevés et globalement stables durant les années à venir, alors que la branche famille et la branche AT-MP dégageront des excédents dès 2021 à la faveur de la reprise économique anticipée. La nouvelle branche autonomie, créée par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie présenterait une situation financière pluriannuelle globalement équilibrée avant prise en compte de l'effet démographique et mesures nouvelles (III).
- ⑤ I. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 tire les conséquences de la dégradation exceptionnelle de la situation économique en 2020 et de son rebond marqué en 2021.

- ⑥ Pour 2021, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB de 8,0 % en volume (après -10,0 % en 2020) et de 6,5 % de la masse salariale du secteur privé (et 6,8% de la masse salariale privée soumise à cotisations après -7,9 % en 2020) ainsi qu'une hypothèse d'inflation hors tabac (0,6 %) en très légère progression par rapport à l'année précédente. Ce fort rebond d'activité interviendrait après un choc exceptionnel en 2020 mais serait insuffisant pour retrouver le niveau d'activité observé en 2019 (qui serait 2,7 % supérieur).
- ⑦ Pour les années 2022 à 2024, le Gouvernement retient un scénario de poursuite de la reprise économique, avec une croissance soutenue et en légère décélération sur l'ensemble de la trajectoire. L'inflation augmenterait progressivement avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux malgré le ralentissement de la croissance de la masse salariale.
- ⑧ Dans le contexte de forte incertitude macroéconomique, lié aux aléas entourant l'évolution de la situation sanitaire aux échelles nationales et internationales, le Haut Conseil des finances publiques a rendu le 21 septembre 2020 un avis sur ces prévisions macroéconomiques dans lequel il estime le niveau d'activité anticipé pour 2021 atteignable. Il estime que le niveau ainsi que les prévisions d'inflation, d'emploi et de masse salariale retenues par le Gouvernement sont cohérentes avec les informations disponibles et plausibles.
- ⑨ Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

⑩

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PIB en volume	1,7 %	1,5 %	-10,0 %	8,0 %	3,5 %	2,0 %	1,4 %
Masse salariale privée	3,5 %	3,2 %	-7,9 %	6,8 %	4,7 %	3,7 %	3,4 %
Inflation hors tabac	1,6 %	0,9 %	0,2 %	0,6 %	1,0 %	1,4 %	1,8 %
ONDAM	2,2 %	2,6 %	7,6 %	3,5 %	1,1 %	2,4 %	2,3 %
ONDAM hors covid	2,2 %	2,6 %	3,2 %	6,0 %	3,1 %	2,4 %	2,3 %

- ⑪ Affectés par les mesures d'urgence prises fin 2018 et une conjoncture économique moins favorable qu'anticipé initialement, les déficits du régime général et des régimes obligatoires de base en 2019 ont été légèrement plus dégradés que l'année précédente, mais meilleurs que prévus en LFSS 2020 avec une bonne tenue des recettes. Cette situation

financière à fin 2019, proche de l'équilibre, est brutalement remise en cause par les effets de la crise sanitaire.

- ⑫ En 2020, la chute d'activité conduirait à une dégradation inédite de près de 45 Md€ des soldes sociaux par rapport à 2019, le régime général portant l'essentiel de cette dégradation, avec un déficit prévisionnel de 41,2 Md€. Le déficit prévisionnel du régime général et du FSV s'élèverait à 44,4 Md€ en 2020, un niveau très supérieur à celui de 2010 (-28 Md€) jusqu'ici le plus élevé depuis l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale. La branche maladie aurait à supporter la dégradation la plus forte, puisque son déficit s'établirait à 29,8 Md€ qui, en euros courants, dépasserait à lui seul le déficit de l'ensemble de la sécurité sociale constaté 2010, à la suite de la crise financière. Toutes les branches, à l'exception de la nouvelle branche autonomie, seraient en déficit, y compris la branche AT-MP.
- ⑬ Dans ce contexte, le retour à l'équilibre global du régime général ne serait pas atteint à l'horizon 2024 (-21,3 Md€), le rebond anticipé ne permettant pas de combler la dégradation observée en 2020. À cet horizon, le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) serait de 0,8 Md€ et le déficit consolidé régime général et du FSV atteindrait ainsi 22,1 Md€. De même, les comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement seraient durablement déficitaires, la trajectoire plus dégradée de la CNRACL affectant la situation sur le périmètre de l'ensemble des régimes obligatoires de base. En 2024, le déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires atteindrait 21,2 Md€.
- ⑭ La trajectoire présentée dans cette annexe repose, à titre conservatoire, sur une convention « hors mesures nouvelles » en économies ou en dépenses, ainsi que le prévoit la loi organique.
- ⑮ De la même manière, la trajectoire d'ONDAM prolonge, dans l'attente des travaux à venir notamment confiés au HCAAM, celle de la dernière loi de programmation des finances publiques à partir de 2022, soit 2,4 % « hors covid ».
- ⑯ Dans le cadre du rapport économique, social et financier annexé au PLF 2021, le Gouvernement a affiché sa détermination à s'inscrire dans une trajectoire qui permettra de stabiliser le ratio d'endettement public à horizon 2025 autour de 117 % puis d'amorcer sa décrue, afin notamment d'assurer la pérennité du financement de la protection sociale.

- ⑰ II. La trajectoire financière tient compte des conséquences de la dégradation marquée des recettes de la sécurité sociale en 2020, ainsi que de dépenses nouvelles d'assurance maladie pour répondre de manière exceptionnelle à la crise et adapter structurellement le système de santé.
- ⑱ Comme lors de la crise économique et financière de 2008, la sécurité sociale a joué un rôle majeur d'amortisseur économique et social, tant en matière de prélèvements, que de dépenses. Majoritairement proportionnelles au niveau d'activité, les premières se sont fortement contractées alors que les secondes se sont maintenues s'agissant des prestations retraites et famille et ont fortement progressé sur la branche maladie pour permettre des prises en charge à 100 % d'actes médicaux et le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, même pour des personnes non malades (arrêts de travail pour garde d'enfants ou personnes vulnérables).
- ⑲ La diminution de l'activité économique s'est traduite par une baisse massive des prélèvements sociaux et des recettes fiscales perçus par la sécurité sociale en 2020. En effet, les ressources de la sécurité sociale proviennent pour une large part des revenus d'activité, qui ont beaucoup souffert de la crise. En outre, la crise sanitaire, les mesures prises pour l'endiguer et le ralentissement marqué de l'activité économique ont conduit de nombreuses entreprises à placer leurs salariés en activité partielle, dont l'indemnité est exonérée de cotisations sociales et soumise, comme les allocations chômage et en tant que revenu de remplacement, à un taux de CSG réduit. Ainsi, le recours à l'activité partielle, massif au cours du deuxième trimestre et encore élevé au cours des mois suivants, associé aux pertes d'emploi consécutives à la crise, a entraîné une forte baisse de la masse salariale privée (estimé à 7,9 % sur l'année) et, par conséquent, des recettes de cotisations et de la CSG.
- ⑳ Pour préserver l'activité économique et l'emploi, le Gouvernement a mis en place un ensemble de mesures pour soutenir les entreprises et les travailleurs indépendants, qui incluent des dispositifs d'exonérations et d'aide au paiement en faveur des secteurs les plus touchés par la crise. Ces dispositifs, estimés à 5,2 Md€ seront compensés par l'État et n'impactent donc pas les recettes de la sécurité sociale.
- ㉑ Ainsi, au total, les recettes du régime général et du FSV diminueraient de 5 % en 2020, soit 20 Md€, les fortes baisses sur les revenus d'activité étant quelque peu compensées par l'augmentation des recettes sur les revenus de remplacement (augmentation des indemnités journalières) et par le versement à la CNAV de la soulte des industries électriques et gazières

gérée par le FRR décidée par la loi dette sociale et autonomie du 7 août pour un montant de 5 Md€

- ② En 2021, les recettes connaîtraient un fort rebond sous l'effet de la reprise économique, soutenue par le plan de relance. Les cotisations sociales du secteur privé et la CSG augmenteraient fortement, tirées par le dynamisme de la masse salariale privée (+6,5%, soit + 6,8% pour la masse salariale privée soumise à cotisations). Au total, les recettes du régime général et du FSV rebondiraient de 7%. Elles retrouveraient un niveau supérieur de 2% à celui de 2019 mais resteraient durablement et substantiellement plus faibles que le niveau prévu avant la crise.
- ③ S'agissant des dépenses, leur évolution entre 2019 et 2020 est conforme à ce qui était prévu en LFSS 2020 pour les branches famille, AT-MP et vieillesse. En revanche, les dépenses de la branche maladie ont été très fortement impactées par la crise sanitaire et leur dynamisme va se poursuivre au-delà de la période de crise compte tenu des décisions plus structurelles décidées dans le cadre du Ségur de la santé pour répondre aux enjeux de bon fonctionnement et de modernisation du système de santé. Le PLFSS 2021 prévoit de majorer l'ONDAM 2020 de 10,1 Md€, soit une progression de +7,6 % par rapport à 2019. Le niveau de l'ONDAM en 2020 s'élève ainsi à 215,7 Md€(au lieu de 205,6 Md€prévus en LFSS 2020).
- ④ En 2021, en prenant en compte les seuls effets structurels de déploiement des mesures du Ségur de la santé, l'ONDAM progressera de 6 %. En intégrant une nouvelle provision au titre de la gestion de crise covid, les dépenses de l'ONDAM 2021 sont estimées à 224,6 Md€. Cet objectif de dépenses englobe 4 Md€de mesures de régulation par rapport à la progression tendancielle. Une contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire permettra de prendre en charge une partie des dépenses auxquelles l'assurance maladie obligatoire fait face dans le cadre de la gestion de l'épidémie. Cette contribution, temporaire, est assise sur le chiffre d'affaires en santé des organismes complémentaires. Fixée à 1 Md€en 2020 et 500 M€en 2021, elle pourra être revue en 2021 en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et de l'actualisation du niveau des économies constatées par les organismes complémentaires.
- ⑤ La progression de ces dépenses sera maîtrisée dans les projections pluriannuelles, avec des progressions proches ou moindres que celles de l'activité à compter de 2022, hormis pour les prestations vieillesse, tirées par la reprise modérée de l'inflation.

- ②6 III. D’ici 2024, les branches du régime général connaîtraient des évolutions très différenciées, marquées par les effets de la crise.
- ②7 La branche maladie connaîtra une évolution structurante en 2021 du fait de la création de la branche autonomie qui sera notamment en charge de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu’à présent le financement. De ce fait, le périmètre des dépenses de la branche se réduira de 25,9 Md€ à ce titre, soit d’environ 10 %. Dans une moindre mesure, les dépenses s’accroîtront de 0,3 Md€ sous l’effet du transfert du financement de l’allocation supplémentaire d’invalidité (ASI), compensée par l’affectation d’une fraction de TVA.
- ②8 Après la forte évolution de la structure du financement de l’assurance maladie en 2019 du fait de la suppression de 6 points de cotisations d’assurance maladie sur les rémunérations salariées inférieures à 2,5 SMIC, qui avait conduit à porter la part de la TVA à 28 % des ressources de la branche maladie, la création de la branche autonomie en modifie à nouveau la structure. En effet, la branche autonomie sera affectataire de ressources de CSG pesant sur l’ensemble des assiettes soumises à cette contribution, principalement en provenance de la CNAM. La CSG affectée à la branche maladie se réduira donc de 25,5 Md€. De ce fait, la CSG, qui représentait 45 % des ressources de la branche maladie en 2018, avant qu’une fraction soit affectée à l’assurance chômage, ne pèsera plus que 25 % des recettes totales, soit une part inférieure à celle des cotisations des employeurs et à celle de la TVA.
- ②9 La trajectoire pluriannuelle de l’ONDAM au-delà de 2022 conserve les hypothèses de progression prévues en LFSS 2020 hors Ségur. Le Haut conseil pour l’avenir de l’assurance maladie (HCAAM) se voit confier une mission pour réfléchir à la refonte de l’ONDAM et aux moyens d’ajustement de la dépense aux besoins de la population et aux enjeux régulation financière.
- ③0 En termes de recettes, aucune hausse d’impôts ou de cotisations n’étant prévue, la branche maladie resterait déficitaire de plus de 17 Md€ en 2024, ce qui pose la question de soutenabilité des dépenses et la stratégie de restauration d’une trajectoire de retour à l’équilibre.
- ③1 **La nouvelle branche autonomie** sera affectataire à compter de 2021, outre ses recettes traditionnelles issues de la contribution de solidarité pour l’autonomie (CSA) et de la contribution additionnelle (CASA) pour 2,8 Md€, de CSG à hauteur de 1,9 point portant sur l’ensemble des assiettes de la CSG (28 Md€). A compter de 2024 cette fraction de CSG sera

augmentée de 0,15 point supplémentaires (actuellement affectés à la CADES), conformément aux dispositions de la loi du 7 août 2020 sur la dette sociale et l'autonomie.

- ③② Au total, ces recettes s'élèveront à 31,2 Md€ soit un niveau identique à celui des dépenses, permettant à la branche de couvrir l'intégralité des besoins de financement des mesures nouvelles, notamment celles liées à la mise en place du Ségur de la santé dans le secteur médico-social (impact de 2,1 Md€ en 2020-2021 au titre des revalorisations salariales et de l'investissement).
- ③③ La trajectoire en dépenses de la branche autonomie pour 2022-2024 est conventionnelle et conforme, s'agissant des dépenses pour les établissements et services médico-sociaux, au taux d'ONDAM hors Ségur (2,4 % par an). Elle ne prend pas en compte l'effet démographique ni l'effet des mesures nouvelles qui pourraient être décidées dans la prochaine loi grand âge et autonomie. Elle prévoit toutefois, à compter de 2022, le financement, par la CNSA(0,2 Md€), aux départements de la PCH parentalité qui entrera en vigueur en 2021.. Compte tenu du lien avec la politique familiale et de la situation financière de la branche famille, la CNSA bénéficie d'un transfert supplémentaire de recettes de la branche famille à compter de 2022.
- ③④ Compte tenu du dynamisme des recettes affectées, celles-ci devraient progresser jusqu'à 2023 à un rythme proche de celui des dépenses, permettant un équilibre de la branche autonomie avant mesures nouvelles. En 2024, elle afficherait un excédent de 2,3 Md€ correspondant à la recette de CSG supplémentaire en provenance de la CADES hors prise en compte de l'effet démographique et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures nouvelles.
- ③⑤ **S'agissant de la branche AT-MP**, aucune mesure n'est prévue pour modifier les ressources de la branche en 2021, qui devraient progresser de 1 Md€ Outre la progression de la masse salariale, la branche bénéficiera, de l'effet favorable du Ségur de la santé sur ses recettes de cotisations et contributions sociales, ce qui contribuera à améliorer son solde.
- ③⑥ De ce fait, la branche devrait dégager un excédent de 0,5 Md€ en 2021, effaçant son déficit de 0,3 Md€ prévu pour 2020. Cet excédent serait croissant jusqu'en 2024.
- ③⑦ **La branche vieillesse du régime général** sera à nouveau déficitaire de 7,3 Md€ en 2021, soit un niveau proche de celui de 2020 (-7,8 Md€). Les recettes, qui reposent presque exclusivement sur les revenus d'activité, progresseraient de 10 % pour s'établir à 108 Md€ sous l'effet du rebond de

l'économie. Malgré la progression modérée des dépenses permise par une inflation moindre que prévue sur ces deux exercices, la forte baisse des recettes en 2020 place toutefois leur niveau nettement en dessous de celui des dépenses. En 2021, la branche bénéficiera seulement de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé en termes de revalorisation salariale qui tendront à accroître le niveau des cotisations.

- ③⑨ Jusqu'en 2024, les dépenses continueraient de croître à un rythme supérieur à celui des recettes, notamment du fait de la plus forte inflation à compter de 2022, conduisant à un déficit de 9,3 Md€ à cet horizon pour le régime général et 10,6 Md€ sur le périmètre tous régimes et FSV. Si des mesures étaient décidées dans le cadre des concertations sur la réforme des retraites, elles devront permettre de réduire ces déficits.
- ③⑨ **La branche famille** transférera en 2021 le financement de l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (AEEH) à la nouvelle branche autonomie, ce qui réduira de 1,2 Md€ le périmètre de ses dépenses et de ses recettes (réduction de la taxe sur les salaires qui lui est affectée au profit de la CNAM, laquelle affecte une part équivalente de CSG à la CNSA). A compter de 2022, un nouveau transfert de recettes au profit de la branche autonomie interviendra pour financer le coût de la PCH parentalité.
- ④⑩ Les recettes de la branche famille progresseraient de 7 % en 2021 du fait de la reprise économique. La branche bénéficierait aussi pour 0,2 Md€ de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé sur l'assiette des cotisations et contributions qui lui sont affectées.
- ④⑪ Les dépenses modérées par la faible inflation seraient néanmoins tirées à la hausse par la réforme du congé paternité (0,2 Md€ en 2021 et 0,4 Md€ à compter de 2022 en ce qui concerne la branche famille). Sous l'effet de cette faible progression globale la branche renouerait avec un excédent dès 2021 (1,1 Md€), qui tendrait à s'accroître jusqu'en 2024.

④⑫ **Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général, de l'ensemble des régimes de base et du FSV (milliards d'euros)**

④⑬

		2018	2019	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)
Maladie	Recettes	210,8	215,2	204,8	197,9	201,4	206,9	211,9
	Dépenses	211,5	216,6	234,6	216,9	219,3	224,2	229,1
	Solde	-0,7	-1,5	-29,8	-19,0	-17,9	-17,3	-17,1
AT-MP	Recettes	12,7	13,2	12,1	13,2	13,8	14,3	14,8
	Dépenses	12,0	12,2	12,4	12,7	12,7	12,9	13,1

	Solde	0,7	1,0	-0,3	0,5	1,1	1,4	1,7
Famille	Recettes	50,4	51,4	47,1	50,4	51,3	52,8	54,2
	Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
	Solde	0,5	1,5	-3,3	1,1	1,6	2,6	3,4
Vieillesse	Recettes	133,8	135,7	132,7	137,4	141,4	145,6	149,8
	Dépenses	133,6	137,1	140,6	144,7	148,7	153,5	159,0
	Solde	0,2	-1,4	-7,8	-7,3	-7,3	-7,8	-9,3
Branche autonomie	Recettes				31,2	32,1	33,1	36,4
	Dépenses				31,2	32,3	33,2	34,1
	Solde				0,0	-0,3	-0,2	2,3
RG consolidé	Recettes	394,6	402,4	383,7	416,2	425,7	438,2	452,4
	Dépenses	394,1	402,8	424,9	440,9	448,5	459,5	471,3
	Solde	0,5	-0,4	-41,2	-24,7	-22,9	-21,3	-18,9
Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base								
Maladie	Recettes	212,3	216,6	206,2	199,5	202,9	208,5	213,5
	Dépenses	213,1	218,1	236,1	218,4	220,9	225,8	230,7
	Solde	-0,8	-1,5	-29,8	-19,0	-17,9	-17,3	-17,1
AT-MP	Recettes	14,1	14,7	13,6	14,7	15,4	15,8	16,3
	Dépenses	13,4	13,6	13,9	14,1	14,2	14,3	14,5
	Solde	0,7	1,1	-0,2	0,6	1,2	1,5	1,8
Famille	Recettes	50,4	51,4	47,1	50,4	51,3	52,8	54,2
	Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
	Solde	0,5	1,5	-3,3	1,1	1,6	2,6	3,4
Vieillesse	Recettes	236,6	240,0	237,4	245,2	249,3	254,7	260,6
	Dépenses	236,7	241,3	247,0	251,9	257,0	263,6	271,4
	Solde	-0,1	-1,3	-9,6	-6,6	-7,6	-8,9	-10,8
Branche autonomie	Recettes				31,2	32,1	33,1	36,4
	Dépenses				31,2	32,3	33,2	34,1
	Solde				0,0	-0,3	-0,2	2,3
ROBSS consolidé	Recettes	499,9	509,1	490,8	526,9	536,6	550,3	566,3
	Dépenses	499,5	509,3	533,7	550,8	559,7	572,5	586,7
	Solde	0,3	-0,2	-42,9	-23,9	-23,0	-22,2	-20,4
Fonds de solidarité vieillesse								
FSV	Recettes	17,2	17,2	16,5	16,7	17,3	17,9	18,5
	Dépenses	19,0	18,8	19,7	19,2	19,0	19,1	19,3
	Solde	-1,8	-1,6	-3,2	-2,4	-1,7	-1,2	-0,8
Régime général et fonds de solidarité vieillesse								
RG+FSV	Recettes	394,6	402,6	382,3	415,4	425,7	438,7	453,3
	Dépenses	395,8	404,5	426,6	442,5	450,2	461,2	473,0

	Solde	-1,2	-1,9	-44,4	-27,1	-24,5	-22,5	-19,7
Régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse								
ROBSS +FSV	Recettes	498,6	508,0	488,1	525,0	535,5	549,6	566,0
	Dépenses	500,0	509,7	534,2	551,3	560,2	573,0	587,2
	Solde	-1,4	-1,7	-46,1	-26,4	-24,7	-23,4	-21,2

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Autonomie	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et FSV
Contribution sociale généralisée	48,4	0,0	12,4	0,0	28,0	88,5	16,9	105,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	65,2	16,6	5,5	0,0	2,8	90,1	0,0	90,1
Charges liées au non recouvrement	-0,9	-0,7	-0,1	-0,1	-0,1	-2,0	-0,2	-2,2
Transferts	1,8	29,1	0,2	0,0	0,4	19,7	0,0	2,2
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits ...	6,7	0,3	0,8	0,5	0,0	8,2	0,0	8,2
Recettes	197,9	137,4	50,4	13,2	31,2	416,2	16,7	415,4

⑥ **III. Fonds de solidarité vieillesse**

⑦

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État.....	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	16,9
Impôts, taxes et autres contributions sociales	0,0
Charges liées au non recouvrement	-0,2
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Recettes	16,7

