

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du budget, des comptes
publics, de la fonction publique et de la
réforme de l'Etat

Projet de loi

de financement de la sécurité sociale pour 2010

PREMIERE PARTIE
Dispositions relatives à l'exercice 2008

Article 1

Au titre de l'exercice 2008, sont approuvés :

1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

	(en milliards d'euros)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	164,0	168,1	-4,1
Vieillesse	175,3	180,9	-5,6
Famille	57,7	58,0	-0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,3	12,1	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	404,2	414,0	-9,7

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

	(en milliards d'euros)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	140,7	145,2	-4,4
Vieillesse	89,5	95,1	-5,6
Famille	57,2	57,5	-0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,8	10,5	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	293,1	303,3	-10,2

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

	(en milliards d'euros)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	15,4	14,5	0,8
Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA)	22,1	16,8	5,3

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 153,0 milliards d'euros ;

5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, s'élevant à 1,8 milliard d'euros ;

6° Le montant de la dette amortie par la caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 2,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les chiffres figurant dans les tableaux d'équilibre présentés dans cet article sont établis à partir des comptes de résultat arrêtés par les régimes. Ils sont présentés de manière agrégée et avec une distinction entre recettes et dépenses qui n'est pas identique à celle des produits totaux et des charges totales de ces régimes (les transferts entre branches du régime général sont par exemple neutralisés dans l'agrégat toutes branches, les reprises de provisions sur prestations figurent, en négatif, du côté des dépenses et non du côté des recettes). Les soldes sont en revanche totalement conformes aux résultats de l'exercice arrêtés par chacune des branches.

Les comptes à partir desquels ont été établis les tableaux d'équilibre présentés dans cet article sont ceux qui ont été soumis à certification en vertu de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières. Dans son rapport remis au Parlement, la Cour des comptes a certifié l'ensemble des comptes des branches maladie, accidents du travail - maladies professionnelles, et recouvrement du régime général. Elle a en revanche considéré être dans l'impossibilité de certifier les comptes des branches vieillesse et famille.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er} de la présente loi, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2008.

DEUXIEME PARTIE Dispositions relatives à l'année 2009
--

Section 1

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale**Article 3****Ratification du relèvement du plafond de l'ACOSS**

Est ratifié le décret n°2009-939 du 29 juillet 2009 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale.

Exposé des motifs

L'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fixé le plafond des avances de trésorerie au régime général en 2009 à 18,9 milliards d'euros.

Cependant, du fait de la détérioration extrêmement rapide de la conjoncture économique, le profil de trésorerie de l'ACOSS s'est fortement dégradé par rapport à sa prévision initiale de septembre 2008. Prévus en croissance de 2,75 % dans la loi de financement de la sécurité sociale adoptée par le Parlement, la masse salariale pourrait en fait diminuer de 2 % en 2009, ce qui représente des moindres recettes de près de 10 milliards d'euros.

Dans sa prévision de juillet 2009, l'ACOSS prévoyait un point bas annuel de trésorerie à -26,2 Md€ le 13 novembre, ainsi qu'un fort risque de dépassement du plafond d'emprunt dès septembre.

En conséquence, le Gouvernement a, en application de l'article LO. 111-9-2 du code de la sécurité sociale, relevé le plafond d'avances de trésorerie du régime général à 29 milliards d'euros par décret n°2009-939 du 29 juillet 2009. Compte tenu des incertitudes macroéconomiques, une marge précaution de 2,8 Md€ a été jugée nécessaire.

Conformément à ce même article, le décret a été publié après avis du Conseil d'Etat et information des commissions des affaires sociales des deux Assemblées parlementaires (lettres du 15 juillet 2009) et doit être ratifié dans le plus prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Au vu des dernières informations disponibles, le niveau de plafond de 29 Md€ suffira pour l'année 2009 : le précédent plafond de 18,9 Md€ sera effectivement dépassé en octobre, et le point bas, quoique décalé à décembre, s'établirait à 26,3 Md€. Le profil de trésorerie de l'ACOSS est présenté en détail dans l'annexe 9 au présent projet.

Article 4

Au titre de l'année 2009, sont rectifiées, conformément aux tableaux qui suivent :

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

	(en milliards d'euros)		
	Prévisions de Recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	162,3	173,9	-11,6
Vieillesse	178,4	187,9	-9,5
Famille	56,6	59,7	-3,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,6	-0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	403,8	428,5	-24,7

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

	(en milliards d'euros)		
	Prévisions de Recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	139,3	150,8	-11,5
Vieillesse	90,7	98,9	-8,2
Famille	56,1	59,2	-3,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,5	11,2	-0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	291,2	314,6	-23,5

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

	(en milliards d'euros)		
	Prévisions de Recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	12,9	16,0	-3,0

Article 5

I. - Au titre de l'année 2009, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 5,1 milliards d'euros.

II. - Au titre de l'année 2009, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à 1,5 milliard d'euros.

Section 2
Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

Modification des dotations 2009 du FIQCS et de l'EPRUS

I - A l'article 68 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, le montant : « 240 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 190 millions d'euros ».

II - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires initialement fixé pour l'année 2009 à 44 000 000 euros est porté à 414 800 000 euros.

Exposé des motifs

I - Il a été constaté que la dotation consacrée au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) serait sous-consommée en 2009 à hauteur de 50 millions d'euros. Le présent article propose de réduire la dotation de l'année à due concurrence.

II - La programmation de l'EPRUS pour les produits de santé s'élève en 2009 à 1 162 010 191 euros.

Compte tenu du financement à parité des produits de santé de l'EPRUS entre l'Etat et l'Assurance maladie, la part de l'Assurance maladie est en 2009 de 581 005 196 euros.

Ce besoin étant en partie couvert par les reports des années précédentes à hauteur de 167 353 013 euros et par la dotation initiale de l'Assurance maladie à hauteur de 44 000 000 euros une ressource complémentaire de 370 800 000 euros est nécessaire.

Article 7

I. - Au titre de l'année 2009, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	173,9
Vieillesse	187,9
Famille	59,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	428,5

II. - Au titre de l'année 2009, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	150,8
Vieillesse	98,9
Famille	59,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	314,6

Article 8

Au titre de l'année 2009, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie rectifié de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à :

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Dépenses de soins de ville	73,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	50,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,7
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,9
Total	157,9

TROISIEME PARTIE

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2010

Article 9

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2010-2013), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Section 1
**Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base
et des organismes concourant à leur financement**

Article 10

**Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au financement de la
mobilisation nationale contre la pandémie grippale**

Dans le cadre de la participation des organismes complémentaires santé à la mobilisation nationale contre la pandémie grippale, il est institué en 2010, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie, une contribution exceptionnelle à la charge des organismes visés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

Cette contribution est assise sur les sommes assujetties au titre de l'année 2010 à la contribution visée au I de l'article L. 862-4 précité. Elle est recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que cette dernière. Son taux est de 0,94%.

Elle est versée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, et répartie entre les régimes obligatoires d'assurance maladie suivant les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale

Exposé des motifs

En raison du risque de pandémie grippale liée au nouveau virus A(H1N1), le Gouvernement a décidé d'acheter 94 millions de doses de vaccin et d'organiser une campagne de vaccination de masse afin de protéger la population.

Le caractère collectif de la campagne de vaccination ne permet pas d'emprunter les voies classiques du circuit de remboursement. Dès lors, il n'est pas possible d'assurer automatiquement la prise en charge du ticket modérateur par les organismes d'assurance complémentaire en santé.

Compte tenu du caractère exceptionnel de la situation de pandémie grippale, les membres de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) ont décidé d'apporter leur concours à l'effort de solidarité nationale.

Aussi, le Gouvernement propose de créer, à titre exceptionnel et pour la seule année 2010, une participation non pérenne des organismes d'assurance complémentaire en santé.

Le présent article a pour objectif d'assurer, à côté de l'assurance maladie obligatoire et de l'Etat, la participation financière des organismes d'assurance complémentaire en santé, pour environ 300 M€.

A cette fin, il est institué à titre exceptionnel, et pour l'année 2010 uniquement, une contribution exceptionnelle de 0,94% assise sur le chiffre d'affaires des organismes d'assurance complémentaire en santé et affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie ayant avancé en 2009 le paiement global des dépenses de prévention, selon la clé de répartition habituelle entre ces organismes.

Article 11

Modification du taux K de la clause de sauvegarde, sécurisation du recouvrement des remises dues par les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux

I - Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2010 en application de l'article L.138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 1 % est substitué au taux K mentionné dans les tableaux figurant au même article.

II - La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 165-4 du code de la sécurité sociale est remplacée par la phrase suivante :

« Le produit des remises est recouvert par les organismes mentionnés à l'article L 213-1, désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L 138-20 et est reversé à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon la clé de répartition prévue pour l'application de l'article L. 162-37 ».

Exposé des motifs

I - Le taux K détermine le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables : si le taux de croissance du chiffre d'affaire des médicaments remboursables (hors médicaments orphelins, remboursés à 100%, et hors médicaments intégrés dans les groupes homogènes de séjour) des laboratoires pharmaceutiques dépasse ce taux, ces derniers versent des remises à l'assurance maladie.

Ce taux a été fixé dans les précédentes lois de financement de la sécurité sociale à 1% pour la période 2005 à 2007 et à 1,4% pour les années 2008, 2009, 2010 et 2011.

Toutefois, pour 2010, ce taux pourra être fixé à un niveau inférieur en raison, d'une part, du ralentissement de la croissance économique et, d'autre part, des prévisions actuelles pour l'année 2010, qui, contrairement aux années précédentes, ne font pas état de l'arrivée sur le marché de potentiels « blockbusters », médicaments innovants avec un chiffre d'affaire élevé.

Dans ce contexte, il apparaît envisageable d'abaisser le taux K pour le fixer, exceptionnellement, à 1% pour l'année 2010.

II - L'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a organisé le transfert aux URSSAF de l'encaissement de certaines pénalités et remises jusqu'alors encaissées par l'ACOSS : l'URSSAF de Paris-Région parisienne et celle de Lyon ont été désignées pour ce faire par le directeur de l'Agence centrale.

Les remises relatives aux dispositifs médicaux ont vocation à être recouvrées par les URSSAF, comme cela se fait pour les taxes pharmaceutiques et les autres contributions établies par le comité économique des produits de santé (CEPS). Il est donc proposé de compléter le texte actuel de l'article L. 161-5 du code de la sécurité sociale afin de donner compétence aux URSSAF de Paris-Région parisienne et de Lyon pour recouvrer pour le futur cette remise.

Cette mesure permet donc de poursuivre la démarche de transfert du recouvrement de ce type de contributions en totalité aux URSSAF, ce qui simplifiera la vie des entreprises de ce secteur.

Article 12

Augmentation du rendement de la taxe promotion sur les dispositifs médicaux au bénéfice de la CNAMTS et de la Haute Autorité de santé

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I- A l'article L. 245-5-1, les mots : « aux titres Ier et III » sont remplacés par les mots : « aux titres Ier, II et III ».

II - L'article L. 245-5-2 est ainsi modifié :

- au 1° les mots : « aux titres Ier et III » sont remplacés par les mots : « aux titres Ier, II et III »
- au dernier alinéa, le taux de : « 10 % » est remplacé par le taux : « 15 % ».

Le taux de 15 % mentionné à l'alinéa précédent s'applique pour la première fois à la détermination de la contribution due en 2010.

III – A l'article L. 161-45, le 5° et le 6° deviennent respectivement le 6° et le 7°.

Il est inséré un nouveau 5° ainsi rédigé: « 5° Une fraction de 35 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-5-1 à L. 245-5-6 ; »

Exposé des motifs

Le secteur des dispositifs médicaux, en particulier certains dispositifs du titre II de la liste des produits et prestations remboursables (notamment l'optique et les audioprothèses), connaît un très fort développement commercial. Cependant, la taxe sur les activités de promotion ne les concerne pas car elle porte actuellement uniquement sur les dispositifs du titre I et du titre III.

Aussi, la mesure proposée consiste à élargir l'assiette de la taxe sur les dispositifs médicaux en y intégrant la promotion pour les dispositifs du titre II de la liste des produits et prestations qui comporte notamment l'optique et les audioprothèses et à augmenter le taux de contribution de 5 points pour le rapprocher du taux de la taxe sur la promotion des médicaments. Les petites et moyennes entreprises ne seront pas concernées puisque les entreprises de moins de 7,5 millions d'euros de chiffre d'affaire sont exonérées.

35% du rendement de cette taxe sera par ailleurs affectée à la Haute Autorité en Santé, ce qui représente une recette prévisionnelle de 8,9 millions d'euros pour cet établissement. En effet, la Haute Autorité fait actuellement face à la diminution de ses ressources du fait de la diminution du rendement de la taxe sur la promotion des médicaments. Cette affectation est légitime dans la mesure où la Haute Autorité formule des recommandations sur les dispositifs médicaux à l'instar de celles sur le médicament.

Article 13

Modification de la clé de répartition des droits de consommation sur les tabacs et financement du régime des exploitants agricoles

I. - L'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 est ainsi rédigé :

« *Art. 61.* – Les sommes à percevoir à compter du 1^{er} janvier 2010, au titre du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, sont réparties dans les conditions suivantes :

« *a)* Une fraction égale à 18,68 % est affectée à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole pour contribuer au financement des dépenses prévues au 2° de l'article L. 722-8 du code rural ;

« *b)* Une fraction égale à 1,89 % est affectée à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole pour contribuer au financement des dépenses du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du code rural ;

« *c)* Une fraction égale à 38,81 % est affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;

« *d)* Une fraction égale à 1,48 % est affectée au Fonds national d'aide au logement mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation ;

« *e)* Une fraction égale à 0,31 % est affectée au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué par le III de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 ;

« *f)* Une fraction égale à 36,28 % est affectée aux caisses et régimes de sécurité sociale mentionnés au 1 du III de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, selon les modalités prévues aux dixième et onzième alinéas du 1 et aux 2 et 3 du même III ;

« *g)* Une fraction égale à 1,25 % est affectée au fonds de solidarité mentionné à l'article L. 5423-24 du code du travail ;

« *h)* Une fraction égale à 1,30 % est affectée à la compensation des mesures définies aux articles L. 241-17 et L. 241-18 du code de la sécurité sociale dans les conditions définies par l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008. »

II. - Au II de l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008, il est ajouté un 3° ainsi rédigé :

« 3° Une fraction du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, déterminée par l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005. »

III. - La sous-section 3 de la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural est modifiée comme suit :

1° A l'article L. 732-58, le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« - par une fraction des droits de consommation sur les tabacs mentionnés à l'article 575 du code général des impôts. »

2° Après le deuxième alinéa de l'article L. 732-62, il est inséré un troisième alinéa ainsi rédigé :

« En cas de décès, à compter du 1^{er} janvier 2003, d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dont la pension de retraite de base a été liquidée au plus tard le 1er janvier 2003, son conjoint survivant a droit, au plus tôt au 1er janvier 2010, à une pension de réversion du régime complémentaire s'il remplit les conditions personnelles prévues au premier alinéa. Cette pension de réversion est d'un montant égal à 54 % de la pension de retraite complémentaire dont bénéficiait l'assuré. »

Exposé des motifs

Le présent article procède en son I à une modification de la clé de répartition des droits de consommation sur les tabacs, en particulier en faveur du régime des exploitants agricoles, en tirant parti de l'excédent attendu en 2010 sur la compensation des allègements généraux. En effet, dans la période actuelle, la dynamique des recettes affectées à cette compensation est plus favorable que celle des recettes liées à l'évolution de la masse salariale, que ce soit les cotisations ou les allègements généraux.

Cette réaffectation des recettes permet d'assurer le financement de la mesure proposée au III, qui s'inscrit dans le cadre de la revalorisation des petites pensions agricoles annoncée par le Premier ministre en septembre 2008. A compter du 1^{er} janvier 2010, les veuves d'exploitant agricole pourront bénéficier, au titre de la réversion, de la retraite complémentaire obligatoire (RCO) de leur conjoint.

Le coût de cette mesure est estimé à 40 M€ en première année, et sera financé par une majoration de la fraction de droits tabac accordée à la CCMSA au titre du RCO. L'occasion est par ailleurs saisie pour indiquer clairement dans le Code rural que ce régime est financé par une affectation supplémentaire de droits de consommation sur les tabacs.

L'excédent sur le panier de compensation des allègements généraux est enfin mobilisé pour améliorer la compensation des exonérations sur les heures supplémentaires, qui, en raison de l'impact particulier de la crise économique sur la contribution sociale sur les bénéficiaires, se trouverait déséquilibrée d'environ 130 millions d'euros en 2010 : le I de l'article inclut donc le panier de compensation de ces exonérations parmi les affectataires des droits de consommation, à hauteur de 1,30 %, et le II procède à la coordination nécessaire.

Article 14

Réforme du dispositif des retraites « chapeau »

I. - L'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° au deuxième alinéa, le taux : « 8 % » est remplacé par le taux : « 16 % » et les mots : « et versées à compter du 1^{er} janvier 2004 » sont supprimés ;

2° Le sixième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé : « Les contributions dues au titre des a) et b) du 2°, dont les taux sont respectivement fixés à 12% et à 24%, sont à la charge de l'employeur.»

II. - Les dispositions du 1° du I ci-dessus sont applicables aux rentes versées à compter du 1^{er} janvier 2010 et les dispositions du 2° sont applicables aux versements, comptabilisations ou mentions réalisés à compter des exercices ouverts après le 31 décembre 2009.

Exposé des motifs

Les régimes de retraite relevant de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale (dits « chapeau ») ont pour caractéristique essentielle que les droits à pension sont conditionnés à l'achèvement de la carrière dans l'entreprise. La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a clarifié leur régime social et fiscal en confirmant que les contributions des employeurs au financement de ces régimes étaient exonérées, sans plafond, de CSG et de cotisations sociales. En contrepartie, cette loi a instauré une contribution à la charge de l'employeur et affectée au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont le taux est compris entre 6 et 12% en fonction du choix de l'employeur sur le mode de prélèvement (à l'entrée ou à la sortie).

La comparaison avec le régime applicable aux contributions des employeurs aux autres régimes de retraite supplémentaire (exonération de cotisations sociales plafonnée, assujettissement à CSG, CRDS et au « forfait social ») fait toutefois apparaître un écart en faveur des régimes de l'article L. 137-11. Il apparaît donc nécessaire de corriger cet écart en augmentant significativement (doublement) le taux de la contribution créée en 2003, soit sur les rentes servies (passage de 8 % à 16 %), soit sur les primes versées à un organisme assureur (passage de 6 à 12 %), soit sur les dotations aux provisions constituées en cas de gestion en interne (passage de 12 % à 24 %).

Ce doublement sera applicable à compter du 1^{er} janvier 2010, à tous les dispositifs relevant de l'article L.137-11 du code de la sécurité sociale.

Article 15

Augmentation du forfait social

I - A l'article L.137-16 du code de la sécurité sociale, le taux « 2% » est remplacé par le taux « 4% ».

II - Les dispositions du I sont applicables aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2010.

Exposé des motifs

Le forfait social est une contribution de l'employeur, établie aujourd'hui à un taux de 2%, permettant de faire contribuer au financement de la protection sociale des éléments de rémunération accessoires aux salaires : intéressement, participation, contributions des employeurs aux régimes de retraite supplémentaire, abondements de l'employeur aux plans d'épargne entreprise et au plan d'épargne pour la retraite collective.

L'objectif du Gouvernement de procéder à un juste encadrement des dispositifs d'exemptions d'assiette, notamment compte tenu de la situation actuelle des régimes sociaux, conduit à proposer une hausse de deux points du taux du forfait social afin que le prélèvement social patronal ne se concentre pas uniquement sur les salaires et que le développement des outils d'association des salariés aux résultats de l'entreprise ne s'accompagne pas d'une érosion de l'assiette du prélèvement social.

Cette mesure n'est pas susceptible de porter atteinte au dynamisme des dispositifs d'épargne salariale compte tenu du niveau tout à fait limité de ce prélèvement par rapport aux taux de droit commun de cotisations sociales sur les salaires. Elle permet d'améliorer les recettes de l'assurance maladie de 380 millions d'euros.

Article 16

Réforme des niches sociales sur les revenus du capital Suppression du seuil annuel de cession de valeurs mobilières et droits sociaux pour l'imposition des plus-values aux prélèvements sociaux

I - L'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le ^e du I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour la détermination des plus-values, gains en capital et profits mentionnés à l'alinéa précédent, les moins-values subies au cours d'une année sont imputables sur les plus-values de même nature réalisées au cours de la même année ou des dix années suivantes quel que soit le montant des cessions réalisées par le foyer fiscal au titre des années concernées. »

2° Le II *bis* est ainsi rédigé :

« II *bis*. - Sont également soumis à la contribution mentionnée au I :

« a) Les gains nets exonérés en application du I *bis* de l'article 150-0 A du code général des impôts ainsi que les plus-values exonérées en application du 7 du III du même article ;

« b) Les plus-values à long terme exonérées en application de l'article 151 *septies* A du code général des impôts ;

« c) Les gains nets exonérés en application du 1 du I de l'article 150-0 A du code général des impôts.

« Pour la détermination des gains nets mentionnés à l'alinéa précédent, les moins-values subies au cours d'une année sont imputables sur les plus-values de même nature réalisées au cours de la même année ou des dix années suivantes quel que soit le montant des cessions réalisées par le foyer fiscal au titre des années concernées. »

« d) les revenus, produits et gains exonérés en application du II de l'article 155 B du code général des impôts. »

2° Le premier alinéa du III est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, les références : « I et II » sont remplacées par les références : « I à II *bis* ».

b) La dernière phrase est supprimée.

II. - Le I de l'article 1600-0 G du code général des impôts est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour la détermination des plus-values, gains en capital et profits mentionnés au *e* du I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, les moins-values subies au cours d'une année sont imputables sur les plus-values de même nature réalisées au cours de la même année ou des dix années suivantes quel que soit le montant des cessions réalisées par le foyer fiscal au titre des années concernées.

III. - L'article 1600-0 H du code général des impôts est complété par un 6 ainsi rédigé :

« 6. Les gains nets exonérés en application du 1 du I de l'article 150-0 A.

« Pour la détermination des gains nets mentionnés à l'alinéa précédent, les moins-values subies au cours d'une année sont imputables sur les plus-values de même nature réalisées au cours de la même année ou des dix années suivantes quel que soit le montant des cessions réalisées par le foyer fiscal au titre des années concernées. »

IV. - Dans le dernier alinéa du 1 de l'article 170 du code général des impôts, après les mots : « le montant des gains nets exonérés en application du » sont insérées les références : « 1 du I et du » et les mots : « dont l'assiette est calculée conformément aux dispositions de l'article 150-0 D » sont supprimés.

V - Les dispositions des I à IV s'appliquent aux gains nets réalisés à compter du 1^{er} janvier 2010.

Exposé des motifs

Les revenus du capital contribuent au financement de la protection sociale, principalement via la contribution sociale généralisée, dans une logique d'universalité de l'assiette des prélèvements sociaux. Toutefois, plusieurs dérogations subsistent qui sont le pendant, dans le domaine du financement de la protection sociale, de dépenses fiscales.

Ainsi, en matière de prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine, les plus-values de cession de valeurs mobilières et de droits sociaux sont actuellement exonérées de prélèvements sociaux dès lors que le montant annuel des cessions n'excède pas à 25 730 € (seuil applicable pour l'année 2009 et revalorisé chaque année).

Le présent article vise à supprimer ce seuil pour l'imposition aux prélèvements sociaux.

Ainsi, pour les cessions réalisées à partir du 1^{er} janvier 2010, et imposées aux prélèvements sociaux en 2011, les plus-values correspondantes seront soumises aux prélèvements sociaux même lorsque le montant annuel des cessions du foyer fiscal est inférieur au seuil d'imposition à l'impôt sur le revenu.

Par ailleurs, les moins-values subies au cours d'une année seront imputables sur les plus-values de même nature réalisées au cours de la même année et des dix années suivantes, quel que soit le montant annuel des cessions de l'année considérée. En revanche, à l'impôt sur le revenu, ne seront prises en compte, comme actuellement, que les moins-values constatées au cours d'une année où le seuil d'imposition est atteint.

Cette mesure a un effet positif sur les recettes de la sécurité sociale estimé à 113 millions d'euros à partir de 2011.

Article 17

Réforme des niches sociales sur les revenus du capital Aménagement du régime des contrats d'assurance-vie au regard des contributions sociales en cas de décès

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

1° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation, ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0 A du code général des impôts, quelle que soit leur date de souscription, à l'exception des produits attachés aux contrats visés à l'article 199 *septies* du code précité :

« a) Lors de leur inscription au contrat ou, pour les bons ou contrats en unités de compte visés au second alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances, lors de leur dénouement ;

« b) Lors du décès de l'assuré, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre du a. »

2° Dans le 8° *bis*, la référence : « 81 C » est remplacée par la référence : « 155 B »

II. - Le 3 du I de l'article 1600-0 J du code général des impôts est ainsi rédigé :

« 3. Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation, ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0 A, quelle que soit leur date de souscription :

« a) Lors de leur inscription au contrat ou, pour les bons ou contrats en unités de compte visés au second alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances, lors de leur dénouement ;

« b) Lors du décès de l'assuré, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre du a. ».

Exposé des motifs

Les revenus du capital contribuent au financement de la protection sociale, principalement via la contribution sociale généralisée, dans une logique d'universalité de l'assiette des prélèvements sociaux. Toutefois, plusieurs dérogations subsistent qui sont le pendant, dans le domaine du financement de la protection sociale, de dépenses fiscales. Il en est ainsi de l'exonération de prélèvements sociaux dont bénéficient les contrats d'assurance-vie comprenant des unités de compte en cas de décès de leur titulaire.

L'article met fin à l'inégalité de traitement social existant entre les souscripteurs de contrats d'assurance-vie. En effet, actuellement, les souscripteurs de contrats en euros s'acquittent annuellement des prélèvements sociaux alors que les souscripteurs de contrats en unités de compte, y compris les contrats multi-supports, parce qu'ils s'acquittent des prélèvements sociaux lors du dénouement du contrat, n'y sont pas assujettis en cas de décès.

Ainsi, les intérêts capitalisés, quelles que soient la date de souscription du contrat et celle de capitalisation de ces intérêts, seront soumis aux prélèvements sociaux (12,1 %) y compris lors du décès du souscripteur, et cela à compter du 1^{er} janvier 2010. Le principe d'imposition aux prélèvements sociaux des contrats en unités de compte, y compris les contrats multi-supports, en fin de contrat, et non au fil de l'eau, n'est pas pour autant remis en cause.

Cette mesure a un effet positif sur les recettes de la sécurité sociale estimé à 273 millions d'euros en 2010.

Article 18

Exonération de cotisation vieillesse pour les Centres communaux et intercommunaux d'action sociale

Au dernier alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « Les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale » sont remplacés par les mots : « Les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire relevant du cadre d'emploi des agents sociaux territoriaux et en fonction dans un centre communal ou intercommunal d'action sociale ».

Exposé des motifs

L'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé un dispositif d'exonération de cotisations retraites auprès de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) pour les aidants à domicile agents titulaires du cadre d'emploi des agents sociaux employés par les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS).

Toutefois, une décision de la Cour de cassation du 11 octobre 2007 a interprété ces dispositions dans un sens extensif en étendant le bénéfice de cette exonération à tous les agents titulaires des CCAS-CIAS qui, quel que soit leur cadre d'emploi, ont pour activité principale l'aide à domicile.

En cela, cette décision effectue va au-delà de la volonté initiale du législateur, lequel ne visait que les agents dont l'aide à domicile est statutairement la fonction.

Le présent article modifie donc l'article L.241-10 du code de la sécurité sociale pour en rétablir le champ d'application afin qu'il soit conforme à la volonté initiale du législateur.

Article 19

Non compensation d'une mesure d'exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale

I. - La compensation prévue à l'article L.131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à l'exclusion d'assiette mentionnée à l'article 3 de la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

II. - Le I est applicable à compter de la publication de la loi du 27 mai 2009 susmentionnée.

Exposé des motifs

Afin de préserver les recettes de la sécurité sociale, l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale prévoit que toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application. Cette mesure concerne également les exemptions d'assiette.

Le IV de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, tel qu'issu de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, prévoit que seules ces dernières peuvent déroger à cette règle. Ainsi grâce à cette disposition, l'application ou la non-application de la règle de compensation se fait dans la transparence.

Le bonus prévu par la loi pour le développement économique des outre-mer a un caractère exceptionnel, et a été institué pour répondre aux difficultés socio économiques spécifiques rencontrées par les territoires ultra marins début 2009. Il est limité à trois années. Enfin, il n'a pas vocation, au plan juridique, à se substituer à des éléments de rémunération soumis aux cotisations et habituellement versés aux salariés. Compte tenu de ces éléments, l'exemption d'assiette qui y est liée n'est pas compensée.

Les précédents dispositifs exceptionnels de même nature (les primes exceptionnelles prévues par la loi du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat et la loi du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail) ont fait l'objet d'une disposition similaire de non compensation dans la loi de financement de la sécurité sociale précédente.

Article 20

Est approuvé le montant de 3,5 milliards d'euros, correspondant à la compensation des exonérations, des 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 2010.

Exposé des motifs

En conformité avec les dispositions organiques, cet article approuve le montant de crédits budgétaires ouverts en projet de loi de finances pour 2010 pour couvrir les dispositifs compensés d'exonération, de réduction ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale. A ces exonérations compensées par le budget de l'Etat s'ajoutent les allègements généraux et les exonérations sur les heures supplémentaires compensées par affectation de recettes fiscales.

Section 2
Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 21

Pour l'année 2010, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

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

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de Recettes
Maladie	164,7
Vieillesse	182,9
Famille	50,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	404,1

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

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de Recettes
Maladie	141,2
Vieillesse	92,1
Famille	49,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	288,1

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

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de Recettes
Fonds solidarité vieillesse (FSV)	12,9

Article 22

Pour l'année 2010, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	164,7	178,8	-14,2
Vieillesse	182,9	195,0	-12,2
Famille	50,1	54,5	-4,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,9	-0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	404,1	435,6	-31,5

Article 23

Pour l'année 2010, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	141,2	155,8	-14,6
Vieillesse	92,1	102,9	-10,7
Famille	49,6	54,1	-4,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,6	11,4	-0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	288,1	318,6	-30,6

Article 24

Pour l'année 2010, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Prévisions de charges	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	12,9	17,4	-4,5

Article 25

I. - Pour l'année 2010, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 5,0 milliards d'euros. :

II. - Pour l'année 2010, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de Recettes
Prélèvements sociaux sur les revenus du capital	1,5
Affectation de l'excédent de la CNAVTS	
Affectation de l'excédent du FSV	
Avoirs d'assurance sur la vie en déshérence	
Revenus exceptionnels (privatisations)	
Autres recettes affectées	
Total	1,5

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 26

Comptabilisation de certaines prestations servies par les organismes de sécurité sociale pour le compte de tiers

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

Le dernier alinéa de l'article L. 821-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le financement de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome, ainsi que l'allocation pour adulte handicapé prévue à l'article 35 de l'ordonnance n°2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est assuré par l'Etat.

« Pour les prestations mentionnées au précédent alinéa, la prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction, fixée par arrêté conjoint du ministre en charge de la sécurité sociale et du ministre en charge du budget, des prestations versées dans l'année. »

2° Le dernier alinéa de l'article L. 815-29 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le financement de l'allocation supplémentaire instituée par le présent chapitre est assuré par l'Etat pour ce qui concerne le régime général des travailleurs salariés, et par le Fonds institué à l'article L. 815-26 pour ce qui concerne les autres organismes débiteurs de l'allocation. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent alinéa. »

« Pour les prestations mentionnées au précédent alinéa, la prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction, fixée par arrêté conjoint du ministre en charge de la sécurité sociale et du ministre en charge du budget, des prestations versées dans l'année. »

3° Le dernier alinéa de l'article L. 541-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le financement de la majoration pour parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est assuré par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. »

II. - Le financement de l'allocation de parent isolé prévu au I de l'article 29 de la loi ° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion est assuré par l'Etat.

Pour les prestations mentionnées au précédent alinéa, la prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction, fixée par arrêté conjoint du ministre en charge de la sécurité sociale et du ministre en charge du budget, des prestations versées dans l'année.

Exposé des motifs

La Cour des comptes a souligné dans le cadre de ses travaux de certification des comptes du régime général que certaines prestations servies par les caisses de sécurité sociale pour le compte d'un tiers, comme l'Etat ou la CNSA, sont en fait retracées au compte de résultat des organismes.

La Cour a demandé qu'il soit mis fin à ce traitement comptable. Il convient pour ce faire de modifier la loi, qui dispose pour les prestations en question qu'elle figure en « charges », ou que le tiers verse une « subvention ».

Le présent article procède donc aux modifications nécessaires pour quatre prestations : trois servies pour le compte de l'Etat (allocation adulte handicapé, allocation supplémentaire d'invalidité, allocation pour parent isolé qui reste servie dans les DOM), et une servie pour le compte de la CNSA (la majoration « parent isolé » de l'allocation éducation enfant handicapé).

Afin d'inciter la CNAF à améliorer sa performance en matière de prévention et de recouvrement des indus, le présent article introduit, pour les principales prestations, un mécanisme de plafonnement de la prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus : au-delà d'une fraction des prestations versées, fixée par arrêté et représentative des indus « non recouvrables », la charge incombera à la branche famille.

Article 27

Sont habilités à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement mentionnés dans le tableau ci dessous, dans les limites indiquées :

	Montants limites (en millions d'euros)
Régime général – Agence centrale des organismes de sécurité sociale	65 000
Régime des exploitants agricoles - Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	3 500
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	350
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	90
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	750
Caisse nationale des industries électriques et gazières	600
Caisse de retraite et de prévoyance du personnel de la Société nationale des chemins de fer	1700
Caisse de retraites du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	50

Exposé des motifs

Les besoins de financement de l'ACOSS devraient atteindre un maximum de 61,6 milliards d'euros le 31 décembre 2010. En conséquence, il est proposé de fixer le plafond à 65 milliards d'euros en 2010. La marge ainsi retenue doit permettre de faire face aux aléas pesant sur le profil de trésorerie de l'ACOSS.

En ce qui concerne le régime des exploitants agricoles, il est proposé de fixer le plafond d'emprunt à 3,5 milliards d'euros, en prenant en compte une marge de 300 millions d'euros par rapport au point bas prévu.

En 2009, il n'avait pas été nécessaire d'accorder une autorisation d'emprunt à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales. A titre de précaution, pour 2010, il est proposé de fixer un plafond de 350 millions d'euros.

En ce qui concerne la caisse de retraite de la SNCF, il est proposé de baisser le plafond à 1 700 millions d'euros, après 2 100 millions d'euros l'an dernier. De même, celui du Fonds spécial des pensions des ouvriers de l'Etat pourrait être ramené à 90 millions d'euros, après 100 millions d'euros en 2009.

Enfin, il est proposé de maintenir à l'identique les plafonds des autres régimes (CNIEG, RATP) et de remonter légèrement celui de la caisse nationale des mines.

Les éléments détaillés sont présentés dans l'annexe 9 au présent projet de loi.

QUATRIEME PARTIE Dispositions relatives aux dépenses pour 2010

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie**Article 28****Non prise en compte du surcoût induit par les dépenses liées à la pandémie grippale pour l'évaluation du risque de dépassement de l'ONDAM en 2010**

A titre exceptionnel en 2010, le surcoût induit par les dépenses exceptionnelles liées à la pandémie grippale ne sont pas prises en compte par le comité d'alerte pour l'évaluation, en application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, d'un risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Exposé des motifs

En cas de pandémie de grippe A H1N1 atteignant une large part de la population, des dépenses du champ de l'ONDAM (consultations, prescriptions médicamenteuses, indemnités journalières pour arrêt de travail) vont venir s'ajouter aux dépenses supportées par l'EPRUS pour la préparation et la conduite de la campagne de vaccination, qui, elles, seront comptabilisées hors de l'ONDAM.

Or, l'ONDAM 2010 est construit sur la base des éléments disponibles en septembre 2009 et n'intègre donc pas le coût d'une pandémie. Ainsi, en cas d'aggravation de la situation épidémiologique fin 2009 ou début 2010, l'accélération forte des dépenses qui en résulterait pourrait conduire le comité d'alerte, en vertu de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, à considérer que le risque de franchissement du seuil d'alerte est sérieux pour 2010. Même en cas de manifestation plus tardive au cours de l'année 2010, le comité pourra à tout moment déclencher une alerte qui emporte des conséquences mécaniques : les caisses nationales d'assurance maladie devront alors présenter des propositions de mesures de redressement.

Une telle situation ne correspond pas à la raison d'être du comité d'alerte qui est d'assurer une vigilance continue sur les efforts de maîtrise des dépenses et non d'appeler à compenser, par des restrictions ultérieures, des dépenses induites par une situation exceptionnelle.

C'est pourquoi il apparaît nécessaire de prendre une disposition permettant de neutraliser, à titre exceptionnel en 2010, dans l'analyse par le Comité d'alerte de l'évolution des dépenses, un surcoût ponctuel lié à la pandémie grippale. C'est l'objet de la présente mesure qui conduit à ne pas modifier directement l'article relatif au Comité d'alerte dans le code de la sécurité sociale, de manière à conserver un caractère tout à fait exceptionnel à cet aménagement de l'intervention du Comité d'alerte.

Article 29

Exonération des examens de suivi après la sortie d'ALD

Le 10° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 10° Lorsque l'assuré ne remplit plus les conditions prévues au 3° du présent article, pour les actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi d'une affection dans des conditions déterminées par décret après avis de la Haute Autorité de santé. »

Exposé des motifs

Le second plan cancer (2009-2013) en cours d'élaboration prévoit de nouvelles actions pour mieux accompagner les personnes dans la « vie pendant et après le cancer ». Les études montrent en effet que plus de 60 % des cancers sont curables ; ce taux étant même supérieur pour certaines localisations (notamment thyroïde, testicule, sein, mélanome de la peau, leucémies de l'enfant). Ces perspectives de guérison impliquent de préparer et d'accompagner l'après cancer. Une des actions du futur plan cancer est donc de "se doter de critères médicaux relatifs à la sortie d'ALD et prendre les mesures nécessaires pour assurer le financement d'une surveillance médicale régulière après la sortie d'ALD dans les cas où elle reste nécessaire".

La Haute Autorité de santé (HAS) a rendu en juin 2009 son second avis portant sur les critères médicaux d'admission en ALD, complétant ainsi l'avis de décembre 2007, où figure la proposition de ne renouveler l'ALD cancer, au-delà de la durée initiale de cinq ans, que lorsqu'il y a nécessité de poursuite d'une thérapeutique lourde ou de prise en charge de séquelles liées à la maladie ou au traitement.

Aussi, afin que la sortie d'ALD ne détériore en rien le suivi médical de ces personnes, l'exonération des actes médicaux et examens de biologie nécessités par le suivi de l'affection doit être assurée. Tel est l'objet du présent article qui ajoute ainsi un motif d'exonération à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale. Cette exonération s'appuiera sur les référentiels de la HAS identifiant les actes médicaux et examens de biologie nécessités par le suivi post-ALD. La HAS et l'INCA ont commencé à travailler en ce sens en ce qui concerne les vingt cinq cancers les plus fréquents.

Article 30

Extension de la mise sous entente préalable

I. - L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Le premier alinéa est précédé de : « I.- » ;

2° Les troisième, quatrième et cinquième alinéas ainsi que la première phrase du sixième alinéa sont complétés par les mots : « ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ».

3° Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« Les nombres de prescriptions ou de réalisations mentionnés aux troisième, quatrième et sixième alinéas peuvent être appréciés au regard du volume d'activité du professionnel concerné et, à ce titre, rapportés au nombre d'actes remboursés sur la période considérée.

« II. - Le directeur peut également, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au médecin concerné, en lieu et place de la procédure de mise sous accord préalable, de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un délai compris entre deux et six mois. En cas de refus du médecin, le directeur poursuit la procédure prévue au I.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en conseil d'Etat. »

II. - Le 6° du II de l'article L. 162-1-14 du même code est complété par les mots : « ou en cas de non-atteinte de l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations, prévu au II du même article. ».

III. - Le présent article s'applique aux faits postérieurs à la date de publication du décret pris conformément au second alinéa du II.

Exposé des motifs

La procédure de mise sous accord préalable prévue à l'article L.162-1-15 du code de la sécurité sociale est aujourd'hui utilisée sur l'ensemble du territoire. Mise en place en 2006 sur les arrêts de travail, elle a permis d'économiser 47,7 millions d'euros sur trois ans (2006, 2007, 2008). Elle a été étendue fin 2008 sur les transports et la kinésithérapie.

Bien qu'efficace, ce dispositif est lourd pour les médecins qui y sont soumis puisqu'ils doivent justifier chacune des prescriptions ciblées au service du contrôle médical. Elle est également coûteuse en gestion pour les organismes locaux qui doivent mettre en place un circuit de liquidation dérogatoire ainsi que pour les services du contrôle médical qui doivent donner des avis sur toutes les prescriptions concernées dans un délai très bref.

Par ailleurs, la rédaction actuelle se focalise sur les seules fortes activités à l'origine des dépenses les plus importantes, alors qu'elles ne sont pas nécessairement l'expression de mauvaises habitudes de prescription.

Dans ce contexte, la présente mesure donne une place prépondérante au dialogue en permettant au directeur de l'organisme local, en lien avec l'échelon médical du service médical, de proposer au médecin d'atteindre un objectif de réduction des prescriptions en cause dans un délai maximum de 6 mois. Celui-ci est libre de refuser bien que cette proposition lui permette d'éviter d'être soumis à la mise sous accord préalable traditionnelle et permette d'économiser les deniers publics pour un résultat identique.

Pour autant, le défaut de réalisation de l'objectif doit être sanctionné. Ainsi le médecin pourra se voir infliger une pénalité financière, proportionnelle à l'écart à l'objectif dans la limite de deux plafonds mensuels de la sécurité sociale, à l'instar de ce qui est prévu dans le cadre de la mise sous accord préalable classique.

Article 31

Régulation des dépenses de transports sanitaires

I. - Au sein de la section II du chapitre II du titre 2 du livre 3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un nouvel article L. 322-5-5 ainsi rédigé :

« Art. L.322-5-5. - Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

« Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, considère que le taux d'évolution des dépenses de transport, pour l'année en cours n'a pas été respecté par l'établissement et qu'il résulte de pratiques de prescription non conformes aux préconisations nationales arrêtées en vertu de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, elle peut proposer de conclure, avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports d'une durée de trois ans.

« Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comprenant notamment :

« 1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport pour l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;

« 2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescriptions de transports.

« En cas de refus de l'établissement, l'agence régionale de santé l'enjoint de reverser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant de ses dépenses de transport liée aux prescriptions des médecins y exerçant une activité, dans la limite de 10 %.

« Lors du bilan annuel, si l'établissement de santé n'a pas respecté son objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport et après que l'établissement de santé a été en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut l'enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant de ses dépenses de transport dans la limite du dépassement de son objectif.

« Si des économies ont été réalisées, l'agence régionale de santé peut enjoindre l'organisme local d'assurance maladie de reverser à l'établissement une fraction des économies réalisées selon les modalités prévues par le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins.

« Un décret en conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article. »

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

« De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1^{er} janvier 2010 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sous la responsabilité des établissements de santé qui en font le choix ».

« Cette expérimentation a pour objectif de développer des modes de transports plus efficaces en facilitant la mise en place de transports partagés, notamment en recourant à des véhicules sanitaires légers ou des transports de patients à mobilité réduite.

« Elle prévoit de nouvelles modalités de régulation des transports extra-hospitaliers prescrits par les professionnels médicaux de établissements de santé. Sur la base d'un cahier des charges, les établissements de santé et les transporteurs sanitaires signent une convention créant des centres de régulation, chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état de santé. Les entreprises de transports membres du centre de régulation doivent respecter la prescription médicalisée de transports.

« Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale, la dispense d'avance des frais pour l'assuré n'est plus effective dans l'hypothèse d'un refus de sa part de la proposition commune de transport formulée par les établissements de santé et les transporteurs sanitaires.

« Dans un délai de six mois suivant la publication de la présente loi, les agences régionales de santé fixent la liste des établissements de santé entrant dans le champ de cette expérimentation.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges relatif aux modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation.

Ces expérimentations feront l'objet d'une évaluation annuelle et, à leur terme, d'un rapport transmis au Parlement.»

III. - Jusqu'à la date prévue au I de l'article 131 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les compétences attribuées par le présent article aux agences régionales de santé sont exercées par les missions régionales de santé ».

Exposé des motifs

Les dépenses de transports de malades ont fortement augmenté au cours de la dernière décennie, avec un taux d'évolution moyen de près de 8 % par an. Deux tiers des prescriptions de ces transports sanitaires proviennent des établissements de santé.

I. - Il est donc proposé de mettre en place une action visant à responsabiliser les établissements de santé sur l'évolution de leurs propres dépenses de transports.

Sur le modèle du taux national fixé en matière de liste de médicaments en sus inscrit dans la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2009, il est proposé de fixer un taux national d'évolution des dépenses de frais de transport des établissements de santé et de sanctionner les établissements dont la prescription dépasserait ce taux. Les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie pourront conclure un contrat avec les établissements de santé dont les prescriptions de transports sanitaires ne seraient pas maîtrisées. Ce contrat comporterait un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport pour l'établissement et un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescriptions de transports.

Cette mesure s'inscrit dans un plan d'action plus général de maîtrise des dépenses de transport notamment du fait de son impact sur la participation des patients aux frais de transports médicalisés, à promouvoir une organisation plus efficiente des transports et à renforcer les contrôles.

II. - Par ailleurs, il importe de promouvoir une organisation plus efficiente des transports, de privilégiant le transport partagé, avec les véhicules les plus adaptés aux besoins du patient. A partir d'expériences locales innovantes et des travaux conduits par le ministère de la santé, associant des représentants des entreprises de transports et l'assurance maladie, de nouveaux modes de gestion des transports extra-hospitaliers pourraient être expérimentés.

A cette fin, il est proposé de réécrire l'article 64 de la LFSS pour 2008 relatif aux expérimentations en matière de gestion des dépenses de transport liés aux prescriptions hospitalières en permettant aux établissements de santé de contractualiser, dans le cadre d'un cahier des charges national, avec les entreprises de transports sanitaires afin de favoriser une meilleure régulation des transports extra-hospitaliers

Article 32

Report de la convergence tarifaire intersectorielle des établissements de santé à 2018

Identifier les soins effectués dans les hôpitaux établis hors de France et ouverture d'une possibilité de prise en charge directe de ces soins

I - Au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004, les références à l'année « 2012 » sont remplacées par l'année « 2018 ».

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

1° Après le 6° de l'article L. 174-1-1, il est ajouté un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les activités de soins dispensés par les hôpitaux établis dans un autre Etat à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, conformément ou en application des engagements communautaires ou d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné. »

2° Après l'article L. 174-1-1, il est inséré un article L. 174-2-2 rédigé comme suit :

« *Art. L. 174-2-2.* - Une caisse primaire d'assurance maladie désignée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut verser à l'hôpital établi dans un autre Etat conformément au 7° de l'article L. 174-1-1, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les sommes dues au titre des soins dispensés à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, conformément ou en application d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné.

Les sommes versées sont réparties entre les régimes dans les conditions prises pour l'application de l'article L. 174-2. »

Exposé des motifs

I. - Pour permettre la finalisation des études nécessaires à l'objectivisation, l'analyse et la quantification des écarts de coûts résultant notamment de l'obligation de permanence des soins hospitalière non médicale, des écarts de rémunération des personnels non médicaux, et de l'impact de l'activité non programmée et afin de tenir compte des fortes contraintes financières induites pour les établissements du secteur public, il est proposé d'introduire un délai supplémentaire pour l'achèvement de la convergence tarifaire inter sectorielle. Ce délai supplémentaire sera mis à profit pour poursuivre les travaux dont l'ampleur peut être considérable, à l'image de l'étude sur l'activité non programmée qui nécessite d'analyser l'ensemble du processus de soins des établissements. La date d'achèvement de la convergence intra sectorielle demeure quant à elle fixée à 2012.

Parallèlement à ce report, afin de ne pas interrompre le processus de convergence, des rapprochements tarifaires seront réalisés dès 2010 sur quelques dizaines de tarifs de groupes homogènes de séjours (GHS) pour une économie d'un montant de 150 millions d'euros. Afin de proposer un scénario de convergence « ciblée » cohérent par rapport à la poursuite des études d'objectivation des écarts de coût, il convient de procéder à une analyse fine des activités qui pourraient être soumises à ce rapprochement, notamment dans le domaine de la chirurgie ambulatoire ou à sévérité légère.

II. - Actuellement, les textes ne prévoient pas le cas où des assurés sociaux d'un régime français résidant et exerçant leur activité en France et tombant malade sans avoir quitté la France, seraient soignés dans un hôpital étranger, en substitution d'un hôpital français.

Les cas de soins dispensés à des assurés d'un régime français tombés malade hors de notre territoire par un hôpital situé au sein de l'Union européenne font l'objet d'un règlement entre caisses d'assurance maladie par l'intermédiaire du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) dans le cadre de l'application des règlements de coordination des systèmes de sécurité sociale.

La France a entrepris de signer des accords relatifs aux soins transfrontaliers avec ses voisins : accord cadre entre la France et l'Allemagne du 22 juillet 2005, accord cadre entre la France et la Belgique du 30 septembre 2005, accord cadre entre la France et l'Espagne le 27 juin 2008, convention en cours de finalisation entre la France et la province de Catalogne.

Cette dernière convention a prévu que pour le remboursement des soins effectués à l'hôpital catalan qui va être construit à Puigcerdá, la prise en charge de soins se ferait selon les principes d'une prise en charge ordinaire comme dans un établissement de santé français.

Il est proposé d'adapter notre droit interne à ce type d'accord :

- d'une part, en comptabilisant dans une ligne spécifique de l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), les dépenses de soins des patients relevant d'un régime français obligatoire de sécurité sociale pris en charge dans des hôpitaux installés hors du territoire de France ;

- d'autre part, en donnant une base légale au paiement qu'effectuera une CPAM, en tant que « caisse pivot », à un hôpital situé sur le territoire d'un autre Etat pour tous les patients concernés relevant d'un régime français de sécurité sociale.

En l'espèce, il s'agira, en première application de ces nouvelles dispositions, de faciliter l'adaptation des moyens hospitaliers du plateau cerdan qui est une zone montagneuse, relativement isolée et dont l'accès vers la plaine du Roussillon (2 heures de route jusqu'à Perpignan) est difficile lorsque les conditions climatiques sont rigoureuses.

La CPAM de Perpignan remplira le rôle de « caisse pivot » pour les patients relevant d'un régime français d'assurance maladie pris en charge dans l'hôpital cerdan de Puigcerdá.

Article 33

Frais de transports des personnes adultes handicapées

Au chapitre IV du titre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles, après l'article L. 344-1-1, il est inséré un article L. 344-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 344-1-2.* - Les frais de transport des personnes adultes handicapées admises en accueil de jour dans les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 ou les foyers d'accueil médicalisés visés au 7° de l'article L. 312-1 sont inclus dans les dépenses d'exploitation desdits établissements. »

Exposé des motifs

La prise en charge actuelle des frais de transports des personnes adultes lourdement handicapées suivies en externat ou semi-externat par les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM) n'est pas satisfaisante. En application des textes relatifs au remboursement des frais de transports, les caisses d'assurance maladie ne peuvent les prendre en charge que de façon dérogatoire. La prestation de compensation du handicap s'est révélée inadaptée à la prise en charge de transports fréquents.

A la suite des réunions d'un groupe de travail associant l'ensemble des parties prenantes, il est donc proposé de sécuriser la prise en charge de ces transports et d'en limiter le reste à charge pour les familles, en confiant leur organisation aux établissements concernés. Ces derniers recevront un forfait sur l'objectif global de dépenses géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui leur permettra de financer des transports plus efficaces, en privilégiant le transport partagé de proximité.

Article 34

Montant des contributions des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé au titre de l'exercice 2010

Pour l'année 2010, la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé comprend :

1° Une dotation financière destinée à financer une partie des dépenses d'installation de ces organismes. Cette dotation fait l'objet d'un rattachement par voie de fonds de concours ;

2° Une dotation fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture, en tenant compte des dépenses afférentes aux emplois transférés et des crédits de fonctionnement s'y rapportant..

Exposé des motifs

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

Cependant, compte tenu des incertitudes pesant encore sur les paramètres de détermination du montant de cette contribution (date d'installation des Agences régionales de santé -ARS, périmètre des charges transférées...) et de la complexité des opérations de recensement des moyens à transférer dans les organismes, il semble plus réaliste, pour la première année, de prévoir dans la présente loi de financement de la sécurité sociale que le montant de la contribution soit fixé, à titre transitoire, par arrêté interministériel, afin de permettre de s'ajuster au mieux aux besoins réels des ARS.

Le présent article mentionne également la participation exceptionnelle des régimes obligatoires d'assurance maladie aux dépenses d'installation.

Article 35

Dotation annuelle du FIQCS, du FMESPP, de l'EPRUS et de l'ONIAM

I. - Le montant du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins, mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, est fixé à 228 millions d'euros pour l'année 2010.

II. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé, pour l'année 2010, à 264 millions d'euros.

III. - Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 70 millions d'euros.

IV. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé, pour l'année 2010, à 44 millions d'euros.

Exposé des motifs

I. - Créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) a vocation à accroître l'efficacité de la politique de coordination des soins et le découplage du système de santé.

Ses missions sont de contribuer au financement : du développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ; des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde ; des actions ou des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ; des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé et de la mise en œuvre du dossier médical personnel et, notamment, du développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Pour 2010, il est proposé par le I du présent article de fixer le montant des recettes du FIQCS à 228 M€.

II. - le II du présent article propose de fixer la dotation allouée au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés à hauteur de 264 millions d'euros, pour l'année 2010 soit une progression de 74 millions d'euros par rapport à la dotation annuelle en LFSS 2009.

Un financement complémentaire du FMESPP est nécessaire compte tenu des besoins croissants d'accompagnement des opérations de réorganisations et/ou de coopérations entre les établissements de santé, et notamment de la montée en charge du plan hôpital 2012 dont la première tranche a été totalement instruite. Il convient d'y ajouter la nécessité de tirer les conséquences nées du décret n° 2008-1529 du 30 décembre 2008 qui ouvre aux établissements de santé privés sans but lucratif le bénéfice des aides à la mobilité professionnelle.

Le FMESPP est un outil incontournable d'accompagnement des efforts d'investissements des établissements de santé notamment dans le cadre du plan hôpital 2012. Ce plan dont l'ambition est de s'inscrire dans la continuité du volet investissement du Plan hôpital 2007 permettra de maintenir durant la période 2008-2012 un niveau d'investissement nécessaire à la réalisation des schémas régionaux d'organisation sanitaire, aux recompositions hospitalières, aux développements des systèmes d'information et à certaines mises aux normes de sécurité.

III. - Depuis sa création, les dotations de l'assurance maladie à Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) ont été de 70 millions d'euros par an de 2002 à 2004, de 30 millions d'euros en 2005.

Pour les années 2006 et 2007, aucune dotation de l'assurance maladie n'est apparue nécessaire au vu des dotations déjà votées, le fonds de roulement de l'Office s'établissant à 200 millions d'euros fin 2005 et à 165 millions d'euros fin 2006.

Pour 2008, la dotation de l'assurance maladie s'est élevée à 50 millions d'euros. En 2009, elle a été fixée à 117 millions d'euros, le fonds de roulement de l'ONIAM s'établissant fin 2008 à 76 millions d'euros, dont 25 millions d'euros de provisions.

Au vu des prévisions d'activité de l'office et de son fonds de roulement, la dotation nécessaire est évaluée à 70 millions d'euros. Il est proposé de retenir ce montant de dotation.

IV. - La programmation des crédits 2010 de l'EPRUS dépend fortement de l'évolution de l'épidémie de grippe A/H1N1. D'ores et déjà, d'importantes opérations de logistique restent à prévoir pour début 2010, des acquisitions au titre du risque NRBC (nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique) sont également prévues ainsi que l'acquisition de vaccins contre le méningocoque B (MenBVac).

Au total les grandes catégories de dépense pour 2010 sont les suivants :

- Épidémiologie et fin d'épidémie de grippe A/H1N1 : 30 M€
- NRBC : 11,7 M€
- Logistique, transport, destruction, recyclage : 15,5 M€
- Stockage : 15 M€,
- Investissement : 3 M€.
- Autres frais (fonctionnement, réserve sanitaire) : 12 M€

Cette programmation est susceptible d'être révisée en fonction de l'évolution de l'épidémie de grippe A/H1N1 et des mesures sanitaires mises en place pour y répondre d'ici à la fin 2009.

Compte tenu des 43,5 millions d'euros de subvention pour charge de service publique 2010 qui sera versé par l'État à l'EPRUS le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'EPRUS est fixé, pour l'année 2010, à 44 millions d'euros.

Article 36

Pour l'année 2010, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale à 178,8 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 155,8 milliards d'euros.

Article 37

Pour l'année 2010, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

	(en milliards d'euros)
	Objectif de dépense
Dépenses de soins de ville	75,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	52,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,9
Autres prises en charge	1,0
Total	162,4

Section 2
Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 38

Majoration de durée d'assurance vieillesse

I. - L'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale est rédigé comme suit :

« Art. L. 351-4. - I. - Une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres est attribuée aux femmes assurées sociales, pour chacun de leurs enfants, au titre de la grossesse et de l'accouchement.

« II. - Une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres est attribuée, pour chaque enfant mineur, à ses parents au titre de son éducation pendant les quatre années suivant sa naissance ou son adoption.

« Cette majoration est attribuée à la mère de l'enfant sous réserve des troisième à cinquième alinéa.

« La majoration peut être partagée d'un commun accord entre les deux parents dans un délai de six mois à compter du quatrième anniversaire de l'enfant ou du quatrième anniversaire de son adoption. Cette décision est exprimée auprès de la caisse d'assurance vieillesse. Le défaut de celle-ci constitue, en l'absence de désaccord des parents, une décision conjointe implicite de désignation de la mère.

« En cas de désaccord des parents, exprimé par l'un ou l'autre dans le délai mentionné à l'alinéa précédent auprès de la caisse d'assurance vieillesse, la majoration est attribuée à celui des deux parents qui établit avoir contribué à titre principal à l'éducation de l'enfant pendant la période la plus longue ou, à défaut, partagée par moitié.

« La décision, y compris implicite, des parents ou l'attribution de la majoration selon les modalités prévues à l'alinéa précédent ne peut être modifiée.

« III. - Les assurés sociaux bénéficient, pour chaque enfant mineur adopté, d'une majoration de quatre trimestres s'ajoutant à celle prévue au II et attribuée selon les mêmes règles.

« IV. - Sont substituées dans les droits des parents pour l'application du II, les personnes auxquelles la garde de l'enfant est confiée par une décision de justice prise en application des articles 375-3 (2°) et 377 du code civil et qui assument effectivement l'éducation de l'enfant pendant quatre ans à compter de cette décision.

« V. - Pour l'application du II, ne peut bénéficier de la majoration l'assuré qui se trouve dans l'une des situations suivantes :

« 1° ne pas avoir résidé sur le même territoire que l'enfant pendant une durée au moins égale à deux ans avant le quatrième anniversaire de l'enfant ou de son adoption ;

« 2° avoir été privé de l'autorité parentale en application des articles 373 et 378 à 381 du code civil pendant la même période ;

« 3° ne pas avoir été affilié à un régime de retraite légalement obligatoire d'un Etat membre de la Communauté européenne, ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse pendant une durée minimale de deux ans.

« Ne peut non plus bénéficier de cette majoration l'assuré au titre d'un enfant dont l'autre parent n'a pas été affilié à un régime de retraite légalement obligatoire d'un Etat membre de la Communauté européenne, ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse pendant une durée minimale de deux ans.

« VI. - Lorsque le délai mentionné au II n'est pas écoulé à la date d'effet de la demande de retraite de l'un des parents, ce délai est réduit à deux mois à compter de la date de cette demande. »

« VII. - Les majorations de durée d'assurance prévues au présent article ne sont pas prises en compte pour le bénéfice des dispositions des articles des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 634-3-2 et L. 634-3-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. Il en est de même des périodes d'assurance validées en application des articles L. 351-4-1, L. 351-5 et L. 381-1 du présent code, des articles L. 9 (1°), L. 12 (b et b *bis*) et L. 12 *bis* du code des pensions civiles et militaires ou de dispositions réglementaires ayant le même objet».

II. - L'article L. 351-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « Le père » sont remplacés par le mot : « L' » ;

2° Au second alinéa, le mot : « également » est supprimé.

III. - La sous-section 3 de la section 3 du chapitre III du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° L'intitulé de la sous-section est remplacé par l'intitulé suivant : « Sous-section 3 - Majorations de durée d'assurance accordées au titre des enfants » ;

2° il est introduit un article L. 173-2-0-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 173-2-0-1. - Lorsque les deux parents remplissent, au titre d'un même enfant, l'un dans le régime général d'assurance vieillesse ou dans un régime appliquant les mêmes dispositions que celles de l'article L. 351-4 et l'autre dans un régime spécial de retraite, les conditions pour bénéficier de périodes d'assurance accordées au titre de l'accouchement, de la grossesse, de l'adoption ou de l'éducation d'un enfant, il est fait application des seules règles du régime dont relève la mère de l'enfant. La liste des avantages attribuables dans les régimes spéciaux soumis aux règles prévues au présent article est fixée par décret. ».

IV. - Après l'article L. 643-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 643-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 643-1-1. - Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues à l'article L. 351-4, adaptées en tant que de besoin par décret. »

V. - Après l'article L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 723-10-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 723-10-1-1. - Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues à l'article L. 351-4, adaptées en tant que de besoin par décret. »

VI. - Le deuxième alinéa de l'article 9 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est remplacés par les dispositions suivantes:

« Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues à l'article L. 351-4, adaptées en tant que de besoin par décret. »

VII. - Les dispositions du présent article sont applicables aux pensions de retraite prenant effet à compter du 1^{er} avril 2010.

VIII. - Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2010, la majoration prévue au II de l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale est attribuée à la mère sauf si, dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, le père de l'enfant apporte la preuve auprès de la caisse d'assurance vieillesse qu'il a élevé seul l'enfant au cours de ses quatre premières années ou des quatre années suivant son adoption. Dans ce cas, la majoration est attribuée au père. Les dispositions du VI de l'article L. 351-4 sont applicables au délai prévu au présent alinéa.

Exposé des motifs

La Cour de cassation a jugé, dans un arrêt du 19 février 2009, que le dispositif actuel de majoration de durée d'assurance de 2 ans prévu par l'article L. 351-4 n'était pas compatible avec l'article 14 de la convention européenne des droits de l'homme qui interdit les discriminations fondées sur le sexe.

La mesure proposée, qui s'appliquera aux pensions de retraite prenant effet à compter du 1^{er} avril 2010, remplace le dispositif antérieur par deux majorations distinctes : une première majoration de 4 trimestres sera accordée à la mère à raison de l'incidence sur la carrière de la grossesse et de l'accouchement ; une seconde majoration de 4 trimestres sera accordée au couple, à raison de l'incidence sur la carrière de l'éducation de l'enfant pendant les 4 années suivant sa naissance ou son adoption.

Les conditions d'application de cette seconde majoration seront différentes selon la date de naissance de l'enfant :

- pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2010, elle sera réservée à la mère sauf dans le cas où le père aura élevé seul l'enfant pendant les 4 ans suivant sa naissance ou son adoption ;

- pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2010, les parents décideront librement d'attribuer cette majoration à l'un ou à l'autre ou de se la partager, leur décision devant intervenir dans les 6 mois suivant le 4^e anniversaire de l'enfant ou de son adoption. S'il y a désaccord du couple, la majoration sera donnée à celui qui a assuré à titre principal l'éducation de l'enfant ou, à défaut, partagée par moitié. Si le couple n'exprime aucun choix et en l'absence de désaccord d'un de ses membres, il sera réputé avoir décidé implicitement d'attribuer la totalité des trimestres à la mère.

Article 39

Cumul emploi - pension d'invalidité et non-cumul pension d'invalidité - pension de retraite

I. - L'article L. 341-16 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Au premier alinéa :

a) Les mots : «, dont la pension d'invalidité a pris fin à l'âge prévu au premier alinéa de l'article de l'article L. 351-1 » sont supprimés ;

b) Les mots : « n'y fait pas opposition » sont remplacés par les mots : « en fait expressément la demande ».

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

« En outre, l'assuré qui exerce une activité professionnelle et qui, à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, ne demande pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée continue de bénéficier de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et au plus tard jusqu'à l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8.

« Si, à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, l'assuré ne demande pas l'attribution de cette pension de vieillesse substituée, ses droits à l'assurance vieillesse sont ultérieurement liquidés, lorsqu'il en fait la demande, dans les conditions prévues aux articles L. 351-1 et L. 351-8. »

II. - L'article L. 732-36 du code rural est abrogé.

III. - La section 5 du chapitre I^{er} du titre IV du livre III^{ème} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 341-14-1 ainsi rédigé :

« *Art. L.341-14-1.* - Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions de l'article L. 351-1-1, ou de l'article L. 351-1-3, ou de l'article L. 634-3-2, ou de l'article L. 634-3-3 du présent code, ou de l'article L. 732-18-1 ou L. 732-18-2 du code rural. »

IV. - L'article L. 342-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le conjoint survivant invalide ne peut cumuler une pension de veuve ou de veuf et une pension de réversion prévue au chapitre III du titre V du livre troisième du présent code, servies au titre de la carrière du même assuré décédé. Seule celle des deux pensions dont le montant est le plus élevé est alors servie. »

V. - Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} mars 2010.

Exposé des motifs

Le présent article vise à améliorer les droits des personnes invalides en améliorant l'articulation entre pensions de vieillesse et pensions d'invalidité.

I. - La première mesure vise à permettre le versement d'une pension d'invalidité de première catégorie (cumulable avec un revenu d'activité) jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans. Aujourd'hui, ce versement n'est possible que jusqu'à soixante ans.

Le cumul emploi-retraite a été libéralisé pour les assurés disposant d'une carrière complète ou âgés de plus de soixante-cinq ans (article 88 de la LFSS pour 2009), y compris en cas de pension de vieillesse allouée pour inaptitude (abrogation de l'article L. 352-1 CSS). Toutefois les assurés invalides disposent rarement d'une carrière complète et ils ne peuvent donc généralement bénéficier de la libéralisation du cumul emploi-retraite.

Dès lors, afin de permettre aux assurés invalides qui le souhaitent de demeurer en emploi après soixante ans, il est prévu d'autoriser le versement de la pension d'invalidité de première catégorie jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans.

II. - La deuxième mesure vise à aligner le régime du cumul emploi retraite des invalides relevant du régime des exploitants agricoles sur celui du régime général, dans un souci d'harmonisation entre les régimes.

Dans ce but, elle abroge les dispositions spécifiques du code rural sur ce sujet : le cumul emploi-retraite des invalides sera donc aligné sur celui des autres assurés.

III. - La troisième mesure vise à préciser que la pension d'invalidité n'est pas cumulable avec une pension de vieillesse, y compris lorsque cette dernière est attribuée dans le cadre du dispositif de départ anticipé pour longue carrière ou pour handicap.

Cette règle, qui implique la suspension de la pension d'invalidité lorsque l'assuré liquide sa pension de retraite, ne fera pas obstacle au maintien des avantages accessoires qui étaient associés à la pension d'invalidité : majoration pour tierce personne (MTP), allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ou exonération du ticket modérateur.

IV. - La quatrième mesure vise à préciser que la pension d'invalidité de veuve ou de veuf n'est pas cumulable avec la pension de réversion. Cette règle vise les situations de veuvages intervenues avant le 31 décembre 2008, qui peuvent donner lieu à l'attribution d'une pension de réversion avant cinquante cinq ans.

Article 40

Transfert au FSV du financement des validations gratuites de trimestres au titre de périodes d'arrêt maladie, maternité, AT/MP et invalidité

L'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le *e* du 4°, il est inséré un *f* ainsi rédigé :

« *f*). Des périodes mentionnées au 1° de l'article L. 351-3 »

2° A l'avant dernier alinéa, les mots : « d et e » sont remplacés par les mots : « d, e et f ».

Exposé des motifs

Les arrêts de travail au titre de la maladie, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ouvrent droit, au titre du 60^{ème} jour d'indemnités journalières, à la validation gratuite d'un trimestre pris en compte dans la détermination de la durée de cotisation pour le calcul des droits à la retraite ; un trimestre étant également décompté pour chaque nouvelle période de soixante jours. Il en est de même pour les périodes d'invalidité et celles d'incapacité suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, à raison d'un trimestre validé pour trois mensualités de rente.

Ces avantages non contributifs sont similaires à celui qui prévaut pour les périodes de chômage, chaque période de cinquante jours de chômage indemnisé ouvrant droit à la validation gratuite d'un trimestre. Mais contrairement à ce dernier, leur financement demeure assuré par les régimes eux-mêmes et non par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), dont la vocation est pourtant, aux termes du premier alinéa de l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale, de « prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale ».

Le présent article propose donc d'élargir les missions du FSV afin de lui confier la responsabilité du financement de ces avantages. Compte tenu de l'impossibilité de déterminer avec précision le coût de ces validations pour les régimes, la contribution sera forfaitaire et alignée sur celle qui est appliquée pour les validations des périodes de chômage. Un décret en Conseil d'Etat fixera les modalités précises du calcul du transfert financier entre le FSV et les régimes concernés (régime général, régime salariés agricoles et régime social des indépendants). Il est prévu que ce transfert monte en charge sur deux années, et atteigne en 2011 1,2 milliards d'euros.

Article 41

Pour l'année 2010, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 195,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 102,9 milliards d'euros.

Section 3
**Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail
et de maladies professionnelles**

Article 42

**Réforme de la tarification des accidents du travail
et maladies professionnelles : dispositions d'incitation financière**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa de l'article L.242-7 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il détermine également le taux, la durée et le montant de la cotisation supplémentaire minimale. »

2° A l'article L. 422-4 :

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

« 2° Imposition découlant d'une répétition dans un établissement d'une entreprise et dans un délai déterminé, de certaines situations particulièrement graves de risque exceptionnel définies par voie réglementaire qui ont déjà donné lieu à une première injonction à cet établissement ou à un autre établissement de cette entreprise ; »

b) Au neuvième alinéa, le 2° devient 3°.

3° A l'article L. 422-5, il est inséré un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Dans les limites arrêtées par voie réglementaire, les caisses peuvent également accorder des subventions aux entreprises éligibles dans le cadre de programmes de prévention nationaux ou régionaux après avis des comités techniques nationaux ou régionaux définis par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ou les caisses régionales qui précisent notamment les risques et les catégories d'entreprises concernées ainsi que les moyens budgétaires alloués.»

Exposé des motifs

Les incitations financières sont un des éléments de motivation des entreprises pour améliorer la sécurité et la protection de la santé au travail.

Les partenaires sociaux, dans leur accord du 12 mars 2007, soulignaient la nécessité d'améliorer et de mieux appliquer le système actuel afin de le rendre plus incitatif à la prévention. A la suite de cet accord, la convention d'objectif et de gestion qui lie la branche accidents du travail et maladie professionnelles de la CNAMTS à l'Etat de 2009 à 2012 a fixé le principe d'une rénovation des dispositifs d'incitation financière et a défini des orientations visant à renforcer leur efficacité.

Le présent article s'inscrit dans le cadre de ces orientations.

Le présent article instaure une nouvelle incitation financière prenant la forme de subventions directes (aides financières simplifiées) et renforce les dispositifs de majoration existants.

Le 1° de cet article vise à rendre les majorations de cotisation réellement dissuasives ; les textes actuellement en vigueur conduisant souvent à des montants financiers très faibles, puisqu'ils sont calculés en fonction de la durée pendant laquelle les risques exceptionnels ont été constatés. Il s'agit de prévoir un plancher minimum de majoration afin d'inciter les entreprises à mettre en œuvre le plus rapidement possible les mesures demandées par l'injonction.

Le *a* du 2° a pour objet de permettre une majoration de la cotisation due par un établissement d'une entreprise sans lui adresser une injonction préalable dès lors qu'une situation de risque exceptionnel a déjà fait l'objet d'injonctions à cet établissement ou à un autre établissement de l'entreprise. En effet, l'établissement ou l'entreprise a pu prendre rapidement des dispositions ponctuelles lui permettant d'éviter d'acquitter une majoration, mais n'a pas pris les mesures durables permettant d'éviter la répétition des situations de risques. Les situations de risque exceptionnel seront définies par arrêté, soumis à l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés qui consultera les comités techniques nationaux mentionnés à l'article L. 422-1 du code de la sécurité sociale.

Le 3° de cet article permet aux caisses de retraite et de santé au travail (CARSAT) de poursuivre sur une base permanente l'octroi d'aides financières simplifiées, sous forme de subventions directes aux petites entreprises dans le cadre d'enveloppes limitatives, qui ne pouvaient jusqu'ici intervenir que dans un cadre expérimental. Ces aides financières en faveur des entreprises qui réalisent des actions de prévention seront simples à mettre en œuvre pour être adaptées au public des plus petites d'entre elles. Elles prennent la forme de subventions directes, à la différence des contrats de prévention classiques, qui passent préalablement par des avances financières et nécessitent la signature de conventions nationales d'objectif. Ces aides seront définies soit par la CNAMTS dans le cadre de programmes nationaux, soit par chaque CARSAT dans le cadre de ses instances.

Article 43

Dotations annuelles du FCAATA et du FIVA

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 de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 880 millions d'euros au titre de l'année 2010.

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 d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2010.

Exposé des motifs

I. - Au 30 avril 2009, plus de 32 700 personnes bénéficiaient du dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Les sorties du dispositif, pour cause de départ à la retraite, progressent au fur et à mesure qu'il arrive à maturité : 26 140 départs en retraite cumulés depuis 1999 à fin avril 2009.

Les dépenses du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) pour l'année 2009 devraient légèrement décroître et sont estimées à 911 millions d'euros (contre 929 millions d'euros en 2008). Le Fonds devrait présenter un léger déficit en fin d'exercice 2009. Un maintien de la dotation à un niveau constant devrait ainsi permettre un retour à l'équilibre en 2010.

Compte tenu de la ressource constituée par le versement au FCAATA d'une part fixée à 0,31% des droits de consommation sur le tabac et du résultat cumulé du Fonds, il est proposé de reconduire en 2010 la dotation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale à son montant de 2009, soit 880 millions d'euros.

II. - Le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA) est financé par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) du régime général de la sécurité sociale et par une contribution de l'Etat. La contribution de la branche AT/MP est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Depuis sa création, le FIVA a été doté de 2 675 millions d'euros dont 2 368 millions provenant de la branche AT/MP.

Conformément à la préconisation du rapport d'audit du FIVA réalisé par une mission IGAS-IGF et rendu public en octobre 2008, le budget pour 2009 a prévu le financement nécessaire pour renforcer le personnel (soit 15 ETP) permettant la mise en place d'une cellule d'urgence. Ce renfort en personnel a justifié que la dotation 2009 soit fixée à 315 millions d'euros alors même que le fonds de roulement était de 300 millions d'euros fin 2008.

Toutefois, les premiers mois de l'année 2009 laissent à penser que les objectifs de résorption du stock seront réalisés moins rapidement que prévu (recrutements intervenus à mi année 2009) et que l'impact budgétaire de surcroît d'activité ne devrait se faire ressentir qu'en 2010. Le montant des indemnisations devrait s'élever à 416 M€ en 2009 (montant équivalent à celui de 2008).

Aussi, le niveau du fonds de roulement (estimé à 275 millions d'euros fin 2009) permettra d'absorber le surcroît d'activité (dépenses d'indemnisation estimées à 591 M€ en 2010) et justifie la proposition de maintenir en 2010 la dotation de la branche AT-MP à hauteur du même montant que celle de 2009, soit 315 Millions d'euros.

Article 44

Versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général à la branche maladie du même régime

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2010, à 710 millions d'euros.

Exposé des motifs

Cet article fixe, en application de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, le montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale à la branche maladie du même régime, au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La commission prévue à l'article L. 176-2 du même code, chargée d'évaluer le montant annuel résultant de cette sous-déclaration, a tenu ses travaux au cours du second trimestre 2008 sous la présidence de M. DIRICQ, conseiller-maître à la Cour des comptes, et a rendu son rapport en juillet 2008 au Gouvernement et au Parlement. Sur la base de nouvelles études, la commission évalue le montant de la sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 565 et 1 015 millions d'euros.

Suivant les recommandations de ce rapport, l'article 103 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a augmenté le montant de la compensation versée par la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration de ces accidents et maladies pour le fixer à 710 millions d'euros (contre 410 millions en 2008). Il est proposé de maintenir ce versement à un niveau identique en 2010.

Article 45

Pour l'année 2010, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 12,9 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 11,4 milliards d'euros.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille**Article 46****Faire bénéficier les assistants maternels du prêt pour l'amélioration de l'habitat**

A l'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale, après les mots : « leurs allocataires » sont insérés les mots : «, ainsi qu'aux personnes visées à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ».

Exposé des motifs

Dans le cadre du développement de la garde d'enfants, la diversification des modes de garde a été privilégiée, et un objectif de 100 000 places nouvelles auprès des assistants maternels a été fixé à horizon 2012. Or, l'activité des assistants maternels et leur agrément sont étroitement liés aux conditions d'accueil des enfants mineurs à leur domicile.

Dans la perspective de faciliter le développement de ce mode d'accueil et de diminuer les obstacles à l'installation dans la profession, il est proposé d'ouvrir le dispositif du prêt pour l'amélioration de l'habitat (PAH) aux assistants maternels.

Actuellement, la branche famille accorde à ses allocataires des PAH dans des conditions et des limites fixées par décret. Ces prêts sont ouverts aux locataires ou propriétaires souhaitant effectuer des travaux pour améliorer leur logement, à un taux bonifié de 1 %. Le montant du prêt dépend du coût des travaux et peut atteindre 80 % des dépenses engagées dans la limite de 1067,14 €.

Etendre le prêt aux assistants maternels pourra leur permettre de financer des travaux effectués à leur domicile dès lors qu'ils sont liés à leur activité professionnelle. Ainsi, par exemple, des travaux destinés à mieux garantir la sécurité des enfants accueillis ou bien à transformer le logement pour permettre l'accueil des enfants en cas de première installation pourraient être financés par le recours au PAH. Il pourra également accompagner le passage de trois à quatre enfants gardés, dispositif mis en place par l'article 108 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Les modalités de ce prêt dédié aux assistants maternels seront fixées par voie réglementaire. Il est proposé de porter le plafond actuel du prêt à 10 000 € pour ces professionnels. Le plafond actuel restera inchangé en ce qui concerne les prêts attribués aux allocataires. Ce montant leur permettra de réaliser de réelles améliorations du logement. Enfin, des modalités de remboursement plus souples seraient prévues compte tenu du profil de cette profession : échéancier porté de 36 mois à 120 mois (dix ans maximum pour le remboursement) et prêt à taux zéro, plutôt que prêt bonifié. Le montant du prêt accordé au regard des dépenses effectuées par l'assistant maternel resterait limité, comme pour les allocataires, à 80 %.

Ce dispositif a vocation à contribuer à lever les freins rencontrés par cette profession afin d'adapter les logements des assistants maternels à l'accueil des enfants et de faciliter l'entrée dans le métier d'assistante maternelle. Cette mesure est favorable au développement de l'offre d'accueil.

Article 47

Pour l'année 2010, les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 54,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale à 54,1 milliards d'euros.

Section 5

Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement**Article 48****Renforcement du pouvoir de la CCMSA en matière de pilotage des caisses locales**

Il est inséré au sein du code rural un article L. 723-4-2 ainsi rédigé :

« *Art. L.723-4-2.* - Le conseil d'administration de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole peut prescrire aux organismes de mutualité sociale agricole toutes mesures tendant à une plus grande maîtrise des coûts de gestion administrative et technique et des risques financiers.

Ces prescriptions peuvent intervenir dans les domaines du contrôle de gestion, des contrôles budgétaires et immobiliers, du contrôle interne, de la lutte contre les fraudes et de la gestion du risque.

Au cas où ces prescriptions ne sont pas suivies d'effet, le conseil d'administration peut mettre en demeure l'organisme de prendre, dans un délai déterminé, toutes mesures de redressement utiles.

En cas de carence, le conseil d'administration de la caisse centrale peut constituer en son sein une commission appelée à se substituer au conseil d'administration de l'organisme local et à ordonner la mise en application des mesures qu'elle estime nécessaires pour en redresser la situation.

Cette commission peut s'adjoindre des personnalités qualifiées désignées par le conseil central d'administration. La composition de cette commission est soumise à l'approbation du ministre chargé de l'agriculture. Les décisions de la commission sont soumises au contrôle de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L. 152-1 du code de la sécurité sociale et sont exécutoires par les directeurs des caisses concernées dès leur approbation.»

Exposé des motifs

Cette disposition a pour objet de transposer à la maîtrise des coûts de gestion et des risques financiers les pouvoirs de pilotage qui ont été conférés au conseil d'administration de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) par l'article 102 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pour ce qui concerne la restructuration du réseau des caisses locales de la MSA. Ce dispositif qui a parfaitement fonctionné a permis de passer de soixante-dix huit caisses en 2002 à trente-cinq caisses au 1^{er} avril 2010.

Il s'agit maintenant au plan de la gestion financière de faciliter la mise en œuvre des orientations impulsées par la caisse centrale dans les domaines du contrôle de gestion, des contrôles budgétaires et immobiliers, du contrôle interne, de la lutte contre les fraudes et de la gestion du risque.

Ce mécanisme, bien rôdé s'agissant des opérations de restructuration du réseau, permettra au conseil d'administration de la CCMSA de prescrire aux caisses locales des mesures permettant des économies de gestion administrative et technique significatives et de se substituer aux caisses défaillantes pour en faire application.

Section 6
**Dispositions relatives aux organismes concourant
au financement des régimes obligatoires**

Article 49

Pour l'année 2010, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	17,4

Section 7
Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 50

**Détection des logements fictifs ouvrant droit
au versement d'aides personnelles au logement**

I. - L'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « ou le demandeur » sont remplacés par les mots : «, le demandeur ou le bailleur ».

2° Au troisième alinéa, les mots : « ou les demandeurs » sont remplacés par les mots : «, les demandeurs ou les bailleurs ».

3° Le quatrième alinéa est ainsi complété : « Ils peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation mentionnée à l'article L. 542-1 est perçue. ».

4° Au sixième alinéa, les mots : «, aux bailleurs » sont insérés avant les mots : « et aux organismes ».

5° Au septième alinéa, les mots : « ou des demandeurs » sont remplacés par les mots : «, des demandeurs ou des bailleurs ».

II. - L'article L. 831-7 du même code est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « ou le demandeur » sont remplacés par les mots : «, le demandeur ou le bailleur ».

2° Au troisième alinéa, les mots : « ou les demandeurs » sont remplacés par les mots : «, les demandeurs ou les bailleurs ».

3° Ce même troisième alinéa est ainsi complété : « Ces organismes peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation de logement est perçue ».

4° Au quatrième alinéa, après les mots : « ces organismes sont », est inséré le mot : « également ».

5° Au dernier alinéa, après les mots : « contrôle des déclarations » sont insérés les mots : « des bailleurs, ».

III. - A l'article L.152 A du Livre des procédures fiscales, les mots : « Conformément à l'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « Conformément à l'article L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation et aux articles L. 583-3 et L. 831-7 du code de la sécurité sociale ».

Le même article est complété par les mots : « et des bailleurs. ».

IV. - L'article L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation est modifié comme suit :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « ou le demandeur » sont remplacés par les mots : «, le demandeur ou le bailleur ».

2° Au troisième alinéa, les mots : « ou les demandeurs » sont remplacés par les mots : «, les demandeurs ou les bailleurs ».

3° Le troisième alinéa est ainsi complété : « Ces organismes peuvent également contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'aide personnalisée au logement est perçue ».

4° Au quatrième alinéa, après les mots : « contrôle des déclarations » sont insérés les mots : « des bailleurs, »

Exposé des motifs

La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) souligne régulièrement l'importance des fraudes aux aides personnelles aux logements, qui représentent 30 % des fraudes détectées par la branche famille en 2008. Ces fraudes sont rendues possibles par la production de fausses déclarations notamment d'un faux bail correspondant à un logement fictif.

Le contrat de bail n'étant plus soumis à une quelconque procédure d'enregistrement, depuis la suppression à compter du 1^{er} janvier 2000 de la contribution représentative du droit au bail, il est désormais relativement aisé à deux personnes de souscrire un contrat de bail pour un logement qui n'existe pas et de solliciter ensuite une aide au logement.

L'accès aux fichiers de la taxe foncière ou de la taxe d'habitation, impôts auxquels sont assujettis les propriétaires, permettrait aux caisses d'allocation familiales (CAF) de s'assurer que le logement existe.

Toutefois, le bailleur n'ayant pas la qualité d'allocataire, il doit être considéré juridiquement comme un tiers vis-à-vis de la CAF qui ne dispose pas, en l'état actuel du droit, de la possibilité de procéder à cet échange.

Aussi, le présent article vise à habiliter les CAF à contrôler la réalité de l'existence des logements loués par des bailleurs à des bénéficiaires d'aides personnelles au logement, en leur permettant d'échanger les données nécessaires avec l'administration fiscale.

Article 51

Prorogation de l'expérimentation d'une nouvelle sanction administrative en cas de fraude aux aides personnelles au logement, la « suppression pour l'avenir »

Au I de l'article 110 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, les mots : « décembre 2009 » sont remplacés par les mots : « décembre 2010 ».

Exposé des motifs

Le I de l'article 110 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 institue une expérimentation de deux ans concernant la mise en oeuvre d'une nouvelle sanction administrative en cas de fraude aux aides personnelles au logement, soit la suppression du service de la prestation fraudée mais aussi du service des deux autres aides personnelles au logement pendant une durée d'un an maximum. L'objectif de cette mesure est de sanctionner plus efficacement les fraudes aux aides personnelles au logement.

Un an et demi après le vote de cette mesure, il est encore prématuré de tirer de cette expérimentation toutes les conséquences utiles.

Aussi, il est proposé de proroger la phase d'expérimentation du dispositif initialement prévue jusqu'au 31 décembre 2009, d'une année supplémentaire. Ce délai devrait permettre de mieux cerner l'utilisation par les caisses de cette sanction et son utilité en matière de lutte contre la fraude.

Article 52

Mesures relatives au contrôle des arrêts de travail

I. - Au troisième alinéa du II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « arrêt de travail » sont insérés les mots : «,ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré », le mot : « avis » est remplacé par le mot : « rapport » et après les mots : « de la caisse » sont insérés les mots : « dans un délai défini par décret.». La dernière phrase est remplacée par la phrase et les deux alinéa suivants :

« Au vu de ce rapport, ce service peut :

- soit demander à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret.

- soit procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré ».

II. - Après l'article L. 323-6 du même code, il est inséré un nouvel article L. 323-7 ainsi rédigé:

« *Art. L. 323-7.* - Lorsqu'une prescription d'arrêt de travail intervient, dans un délai précisé par décret, à la suite d'une décision de suspension des indemnités journalières, la reprise du service de ces dernières est subordonnée à l'avis du service du contrôle médical.»

III. - Après le troisième alinéa de l'article L. 613-20 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 321-1, le bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues audit article ».

Exposé des motifs

Le contrôle des arrêts maladie a montré son efficacité quant à son impact sur la croissance des dépenses d'indemnités journalières (IJ), en particulier après la mise en place de la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004. Pour autant, dans la conjoncture actuelle, où la croissance des dépenses d'indemnités journalières reprend fortement et contribue au déficit important de l'assurance maladie, il est de nouveau légitime de renforcer ce contrôle. Même si ce sont avant tout les IJ de longue durée qui augmentent le plus rapidement, renforcer le contrôle des arrêts de travail, afin de lutter contre les abus et les fraudes, permet d'avoir à long terme une action sur le comportement des différents acteurs. Cet effort touche plusieurs catégories d'assurés : les salariés du secteur privé affiliés au régime général et les personnes affiliées au régime social des indépendants. Elles seront complétées par des actions sur les prescripteurs.

Trois évolutions sont proposées.

La première vise à améliorer la coordination entre employeurs et organismes de sécurité sociale

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 instaurait une expérimentation visant à renforcer la coordination des actions des médecins conseils des organismes de sécurité sociale et des médecins contrôleurs mandatés par l'employeur en matière de contrôle des arrêts de travail (pouvoir de contrevisite issu de la loi du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation). L'évaluation de cette expérimentation, détaillée dans un rapport remis au Parlement, précise que si le volume de contrôles est resté modeste, il a produit des résultats encourageants. La mesure proposée au **I** du présent article vise ainsi à généraliser les nouvelles modalités de coordination expérimentées, afin d'en faire un outil parmi d'autres à la disposition du service du contrôle médical.

Cette mesure prévoit d'abord l'institution d'un délai de transmission du rapport de contrevisite rédigé par le médecin contrôleur mandaté par l'employeur au service du contrôle médical de la caisse de l'assuré. En effet, ce rapport était souvent transmis très tardivement aux médecins conseils des caisses, ce qui rendait la collaboration avec les médecins contrôleurs moins efficace. A la réception de ce rapport, il est prévu que le service du contrôle médical y donne systématiquement suite en cas d'arrêt de travail considéré comme non médicalement justifié par le médecin contrôleur, mais aussi lorsque l'assuré n'a pu être examiné par ce dernier. Dans ces deux situations, le contrôle médical doit, soit convoquer l'assuré pour l'examiner, soit demander à la caisse la suspension des IJ au vu des conclusions du rapport de contrevisite. Dans ce dernier cas, si l'assuré souhaite contester la décision de la caisse de suspendre les IJ, la mesure envisagée lui ouvre la possibilité de demander à être examiné par le service du contrôle médical.

La seconde a pour objet de lutter contre les arrêts de travail successifs abusifs.

Les arrêts de travail considérés comme non médicalement justifiés par le service du contrôle médical donnent lieu à suspension d'IJ par la caisse de l'assuré, conformément aux dispositions de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale. Toutefois, ces arrêts de travail sanctionnés peuvent être suivis d'un nouvel arrêt de complaisance, permettant la reprise du versement des IJ. Les caisses ne disposent alors d'aucun moyen d'action pour lutter contre cet abus manifeste, sauf à contrôler une nouvelle fois l'assuré. La mesure proposée au **II** subordonne à l'avis du service du contrôle médical de la caisse la reprise du versement des IJ en cas de prescription d'un arrêt de travail faisant suite à une décision de suspension d'IJ. Le délai entre cette décision et l'arrêt de travail suivant soumis à l'avis du service du contrôle médical sera déterminé par décret.

La troisième réforme le contrôle administratif des arrêts maladie au sein du régime social des indépendants (RSI).

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a notamment créé, dans le code de la sécurité sociale, un article L. 323-6 qui fixe les obligations auxquelles un salarié doit se soumettre pour bénéficier des IJ, sous peine de sanction. Ainsi, le salarié qui perçoit une IJ doit observer les prescriptions du praticien, se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical, respecter les heures de sortie autorisées et s'abstenir de toute activité non autorisée. En cas d'inobservation volontaire de l'une de ces obligations, la caisse peut retenir tout ou partie des indemnités journalières dues, pour la durée de l'arrêt de travail restant à courir.

Ce dispositif essentiel à la lutte contre les abus et les fraudes n'est actuellement pas applicable aux assurés affiliés au RSI. Ce vide juridique limite fortement, pour les caisses de ce régime, les effets du contrôle administratif des arrêts de travail, qui repose sur les heures de sortie autorisées et permet de s'assurer que le malade ne pratique pas une activité non autorisée ou dissimulée. De fait, actuellement, l'unique moyen juridique permettant au RSI d'organiser un contrôle administratif des IJ repose sur une disposition de nature réglementaire très restrictive : seule l'indemnité versée pour la journée au cours de laquelle l'absence du domicile a été constatée peut faire l'objet d'une retenue. La retenue d'un seul jour de travail apparaît peu dissuasive pour l'assuré d'autant plus que cette absence du domicile peut se traduire par la continuité de l'exercice de l'activité professionnelle. Elle est également peu rentable pour la caisse d'assurance maladie par rapport aux coûts de gestion engendrés. Il existe donc un risque réel d'abus ou de fraude auquel la mesure prévue au **III**, en étendant au RSI l'ensemble des dispositions de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, se propose de répondre.

Article 53

Réforme des pénalités financières

L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

« Sans préjudice des dispositions de l'article L. 262-53 du code de l'action sociale et des familles, peut faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse : l'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations versées par les organismes, l'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant ces prestations et l'exercice d'un travail dissimulé, constaté dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, par une personne qui perçoit des prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité. »

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

« Peut faire également l'objet d'une pénalité en application de cet article, toute personne qui, sans être bénéficiaire d'une prestation, concourt ou tente de concourir par ses agissements au versement indu d'une prestation servie par un organisme de sécurité sociale. ».

3° Le deuxième alinéa devenu le troisième alinéa est ainsi modifié :

a) Le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre ».

b) Il est complété par trois phrases ainsi rédigées : « La personne concernée peut former un recours gracieux de cette décision dans un délai de quinze jours, auprès du directeur. Ce dernier statue après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de cet organisme. Celle-ci apprécie la responsabilité du bénéficiaire dans l'inobservation des règles applicables. ».

4° Au dernier alinéa les mots : « et le barème des pénalités » sont supprimés.

Exposé des motifs

La loi de financement de sécurité sociale pour 2006 a institué à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale la possibilité au sein des branches vieillesse et famille d'infliger des pénalités financières. Au terme de trois ans d'application d'un dispositif dont la montée en charge reste progressive, des adaptations sont nécessaires afin d'en renforcer l'efficacité :

- *la suppression de la nécessité de constater un indu* : le dispositif actuel permet uniquement de réprimer les faits ayant causé un préjudice financier à l'organisme. Toutefois, des actes frauduleux peuvent être détectés avant versement de la prestation. La branche retraite a ainsi recensé 70 cas de fraudes avant paiement de pension mais qui ne peuvent, en l'état actuel, donner lieu à pénalités. L'article propose donc de supprimer l'exigence de constater un indu afin de sanctionner la tentative.

- *l'intégration de nouveaux faits générateurs* : actuellement, le dispositif permet d'infliger des pénalités en cas d'inexactitude ou de caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations versées ou d'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant ces prestations. Si ces faits générateurs sont suffisamment larges pour sanctionner un grand nombre de cas de fraudes, la situation de la personne qui perçoit des prestations sous conditions de ressources ou de cessation d'activité alors qu'elle a fait l'objet d'un constat de travail dissimulé mérite d'être expressément visée.

- *l'extension du champ des personnes susceptibles de se voir infliger une pénalité* : il s'agit de pouvoir appliquer ces pénalités à des tiers qui n'ont pas forcément la qualité d'assurés ou d'allocataires mais dont les agissements ont contribué à un versement ou une tentative de versement de prestations. Sont notamment visés les bailleurs en cas de fraudes au logement, le tiers ayant procuration sur le compte bancaire qui perçoit la pension d'une personne décédée, les employeurs qui ne déclarent pas une personne bénéficiaire de prestations sociales, la personne qui, en déclarant héberger un tiers à son domicile, permet à cette personne de percevoir indument une prestation.

- *l'allègement de la procédure* : les organismes font valoir que la saisine systématique de la commission constitue un véritable frein à la montée en charge du dispositif. En outre, les organismes constatent que, les faits étant matériellement établis, ils sont reconnus par l'auteur de la fraude qui dans la quasi-totalité des cas ne conteste pas la sanction ni dans son principe ni dans son montant ; en tout état de cause, la personne sanctionnée peut contester la décision devant le tribunal administratif. Ce constat a d'ailleurs conduit dans la LFSS 2009 (article 115) et pour la branche maladie, à dispenser, dans un certain nombre de cas, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie de solliciter l'avis de la commission avant de prononcer une pénalité. Pour autant, il est important que dans le cadre d'une procédure de sanction, la personne susceptible d'être sanctionnée puisse, si elle le souhaite, faire valoir ses observations devant une instance collégiale. Pour concilier le renforcement de l'efficacité de la procédure et le maintien de garanties procédurales pour la personne sanctionnée, l'article propose de maintenir une commission des pénalités financières mais qui ne serait saisie qu'en cas de recours gracieux de l'auteur de la fraude à l'encontre de la décision du directeur de l'organisme.

- *une fixation du montant maximum de la pénalité à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (11 436 €)* : le montant de la pénalité est actuellement plafonné à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (5718 €). Le renforcement de la procédure passe par un relèvement du plafond afin notamment d'éviter au directeur de saisir le juge pénal lorsque les faits d'après lui justifient une sanction d'un montant supérieur à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

- *la suppression d'un barème de pénalités établi en fonction du montant de l'indu* : les organismes ont été parfois confrontés à des indus d'un montant financier important mais plus liés à une négligence ou à une omission certes coupables qu'à une manœuvre frauduleuse caractérisée de l'allocataire. A l'inverse, les organismes ont réussi à mettre à jour suffisamment tôt des manœuvres frauduleuses visant à dissimuler certaines informations sur les ressources ou la composition familiale de sorte que l'indu constaté était d'un montant relativement faible. L'article propose que le montant de la pénalité soit désormais exclusivement fixé en proportion de la gravité des faits, le montant de l'indu constaté ou évité (montant de la prestation ou de la pension qui aurait été perçue indument) ne constituant alors qu'un critère d'appréciation de la gravité de ces faits.

En outre, la suppression de l'exigence d'un indu constaté conduit logiquement à renoncer à l'établissement d'un barème de sanctions.

Article 54

Pénalités adaptée aux fortes activités de soins de santé

I. - Au sein de la section III-1, du chapitre II, du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, près l'article L. 162-1-14-1, il est inséré un article L. 162-1-14-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-14-2. - Lorsque le contrôle d'une pharmacie, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement, d'un fournisseur ou de tout autre prestataire de service concerne l'ensemble de son activité ou un des éléments de celle-ci énumérés par décret en Conseil d'État, nécessitant une vérification de données à caractère médical ou administratif individualisée pour chaque acte, délivrance ou prestation concernée, et que le volume des actes, délivrances ou prestations à vérifier est supérieur à un seuil défini par arrêté, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie procède audit contrôle sur la base d'un échantillon défini par décret en Conseil d'État après avis conforme du directeur de l'Union prévue à l'article L. 182-2.

« En cas de constat de sommes indûment versées par l'organisme local d'assurance maladie, il peut alors prononcer une pénalité selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, dont le montant est fixé par dérogation aux dispositions de cet article.

« Dans ce cas, la pénalité est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des dépenses prises en charge par l'organisme local d'assurance maladie au cours de la période contrôlée ou, si le contrôle porte sur une ou plusieurs activités ou prestations en particulier, sur la base des dépenses afférentes à celles-ci. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'État pour la fixation de cette base. Le montant ainsi calculé peut être majoré dans la limite de 25 % en fonction de la gravité des faits reprochés. Lorsque les sommes indûment versées sont principalement liées à des fraudes au sens de l'article L. 162-1-14, ce pourcentage de majoration peut être porté à 100 %.

« La notification prévue au premier alinéa du IV de l'article L.162-1-14 précité fait état de la méthodologie de contrôle employée.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. »

II. - Le présent article s'applique aux faits postérieurs à la date de publication du décret pris en application du dernier alinéa.

Exposé des motifs

Les actes facturés par certains professionnels de santé (pharmaciens, fournisseurs, transporteurs sanitaires, laboratoires de biologie médicale, établissements hors T2A) portent sur des volumes tels qu'ils rendent en pratique difficile, voire impossible, un contrôle exhaustif de leur activité. En conséquence, les procédures actuelles de contrôle ne sont pas suffisamment dissuasives : les pénalités susceptibles d'être infligées ne pouvant être que proportionnelles au nombre d'actes effectivement contrôlés, sont alors sans rapport avec le préjudice subi par l'assurance maladie.

La présente mesure permet, à partir d'un système proche de celui déjà instauré en matière de la facturation en T2A, de réaliser des contrôles sur la base d'un échantillon et d'en déduire une pénalité se rapportant à l'ensemble de l'activité sur la période considérée. Le montant de la pénalité est calculé selon les modalités déjà prévues par le législateur en 2004 s'agissant des prestations en tarification à l'activité de l'article L. 162-22-18, en rapportant proportionnellement le montant des sommes indûment versées par l'assurance maladie sur l'échantillon contrôlé à l'ensemble des dépenses prises en charges par l'assurance maladie afférentes à l'activité de la période contrôlée. Un mode précis de fixation de l'échantillon mathématiquement validé et similaire à ceux utilisés pour le contrôle T2A ou des URSSAF sera déterminé

La loi, dans le respect du principe constitutionnel susmentionné, fixe le taux de majoration maximum appliqué au montant d'indu calculé par extrapolation. Afin de tenir compte de l'impact de la méthode de contrôle utilisée, le taux n'est pas égal à 50% et 200% comme dans le L.162-1-14 mais est divisé par deux et fixé à 25% et 100%.

Cette mesure constitue une procédure d'exception qui n'a vocation à concerner que les cas où un contrôle exhaustif nécessiterait la mobilisation de moyens trop importants. Elle est donc limitée aux pharmacies, laboratoires de biologie médicale, établissements, fournisseurs ou transporteurs sanitaires. Par ailleurs, elle ne sera applicable que dans des cas où des contrôles simplifiés ou automatisés ne sont pas possibles et que le volume d'actes à contrôler est trop important

En outre, la procédure offre une garantie renforcée des droits de la défense par rapport au dispositif de contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé. En effet, adossée à celle des pénalités financières de l'article L.162-1-14, la procédure garantit un strict respect des droits de la défense en imposant notamment un entretien préalable avec le directeur et un recours à la commission des pénalités qui rendra un avis sur le montant de la pénalité à infliger. Le texte législatif précise explicitement que la méthodologie de contrôle doit être explicitée à l'intéressé dès le début de la mise en œuvre de la procédure, ouvrant ainsi la possibilité à celui-ci de faire valoir ses observations sur ce sujet ou de contester le recours à cette modalité de calcul de la pénalité dès l'entretien avec le directeur et tout au long de la procédure, éventuellement jusqu'au tribunal administratif.

Enfin, les modalités d'application du dispositif sont renvoyées au décret en Conseil d'État et concerneront notamment la détermination de l'échantillon.