



Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2016 après adoption en première lecture par le Sénat

Rappel du calendrier :

- 7 octobre 2015 : présentation du Projet de Loi en Conseil des ministres
- 13 octobre 2015 : examen du texte par la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée nationale
- 14 octobre 2015 : avis déposé par la Commission des Finances de l'Assemblée nationale
- 27 octobre 2015 : adoption du texte par l'Assemblée nationale
- 4 novembre 2015 : examen du texte par la Commission des Affaires Sociales et la Commission des Finances du Sénat
- 17 novembre 2015 : adoption du texte par le Sénat
- 17 novembre 2015 : échec de la Commission Mixte Paritaire
- 18 novembre 2015 : nouvel examen du texte par la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée nationale
- 23 novembre 2015 : nouvel examen du texte en séance publique à l'Assemblée nationale

Rapporteurs de l'Assemblée nationale :

- Gérard Bapt (PS, Haute-Garonne), Recettes et équilibre général
- Michèle Delaunay (PS, Gironde), Assurance maladie
- Joëlle Huillier (PS, Isère), Secteur médico-social
- Michel Issindou (PS, Isère), Vieillesse
- Denis Jacquat (LR, Moselle), Accident du travail – maladies professionnelles
- Marie-Françoise Clergeau (PS, Loire-Atlantique), Famille

Rapporteurs du Sénat :

- Jean-Marie Vanlerenberghe (UDI, Pas-de-Calais), Equilibres financiers et de l'assurance maladie
- René-Paul Savary (LR, Marne), Secteur médico-social
- Gérard Roche (UDI, Haute-Loire), Vieillesse
- Gérard Dériot (rattaché LR, Allier), Accident du travail – maladies professionnelles
- Caroline Cayeux (LR, Oise), Famille

Présentation du Projet de Loi :

Le PLFSS 2016 poursuit différents objectifs :

- le rétablissement des comptes de la sécurité sociale tout en soutenant l'emploi et la croissance
- la poursuite de la transformation du système de santé et la préservation des droits des assurés

- la simplification, l'harmonisation et la revalorisation des prestations

Le PLFSS pour 2016 prévoit la deuxième étape du Pacte de responsabilité et de solidarité. Le Projet de Loi renforce l'accès aux droits sociaux en créant une protection universelle maladie dans l'optique de simplifier l'ouverture des droits à l'assurance maladie et de garantir leur continuité. Les droits à la prise en charge des frais de santé seront ouverts à tous ceux qui cotisent à l'assurance maladie française ou résident de manière stable.

La progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sera limitée à 1,75%. Ces économies, qui s'inscrivent dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017, reposeront sur une efficience de la dépense hospitalière, la promotion de la pertinence des pratiques et des prescriptions, la rémunération des produits de santé à leur juste prix et le développement des génériques et l'amplification du virage ambulatoire du système français de soins. Enfin, le PLFSS prévoit l'application aux prestations qui relèvent de la sécurité sociale de la réforme des modalités de revalorisation inscrite dans le projet de loi de finances. Cette réforme vise d'une part à regrouper les dates de revalorisation au 1er octobre pour les retraites, sans changement, et au 1^{er} avril pour toutes les autres prestations. Elle crée d'autre part un « bouclier » garantissant le maintien des prestations à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative. Des mesures de réduction des niches sociales et de lutte contre la fraude sont également inscrites dans le projet de loi.

Sont surlignés en **vert** les textes d'application des dispositions législatives contenues dans ce Projet de Loi, en **jaune** les mesures ajoutées par le Sénat et en **rouge** celles ayant été supprimées par les sénateurs.

PREMIERE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2014

Article 1^{er} : approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2014

- ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : solde de -9,3%
- régime général de sécurité sociale : solde de -9,7%
- organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : solde de -3,5%
- dépenses du champ de l'ONDAM : 178 milliards d'euros
- dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 12,7 milliards d'euros

Article 2 : approbation du rapport sur la situation patrimoniale des régimes et organismes de sécurité sociale et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2014

DEUXIEME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2015

Article 3 : réduction des montants des dotations 2015

- fonds pour la modernisation des établissements de santé publics (Fmespp) : 230,6 millions (-50 millions)
- Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) : 83 millions (-32 millions)

Article 4 : simplification des dispositifs de régulation des dépenses de médicaments

- amélioration de la prévisibilité du montant qui serait dû par chaque industriel en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde
- aménagement du mécanisme du taux L (clause de sauvegarde ou encore remises conventionnelles) afin que la remise versée au titre du taux L ne soit pas déduite du chiffre d'affaires de l'année N-1, ce qui conduit à une augmentation fictive l'année suivante
- suppression de la contribution W (contribution au titre des médicaments dits d'innovation de rupture) qui aura produit ses effets au 1^{er} janvier 2016
- report d'un mois de la date de versement de la contribution due en cas de dépassement du taux L

Article 5 : rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2015

- ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -8,6 milliards d'euros
- régime général de sécurité sociale : -9 milliards d'euros
- fonds de solidarité vieillesse (FSV) : -3,8 milliards d'euros

Article 6 : rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2015 (181,9 milliards d'euros)

- dépenses de soins de ville : 82,9 milliards d'euros
- dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité : 56,8 milliards d'euros
- autres dépenses relatives aux établissements de santé : 19,8 milliards d'euros

- contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 8,7 milliards d'euros
- contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 9,1 milliards d'euros
- dépenses relatives au Fond d'intervention régional (FIR) : 3 milliards d'euros
- autres prises en charge : 1,6 milliards d'euros

TROISIEME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE FINANCIER POUR L'EXERCICE 2016

Titre 1^{er} : Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie

Chapitre 1^{er} : dispositions relatives au pacte de responsabilité et de solidarité et évolutions de certains dispositifs particuliers en découlant

Article 7 : extension de la réduction du taux de cotisations d'allocations familiales pour les salaires inférieurs à 3,5 Smic

- permettra d'élargir le champ des bénéficiaires des baisses du coût du travail pour couvrir 90% des salariés
- s'applique aux cotisations dues à compter du 1^{er} avril 2016

Article 7 bis : abaissement du seuil d'exonération de contribution sociale généralisée (CSG) et de cotisations sociales de dix fois le plafond de la sécurité sociale à cinq fois, soit 190 200 euros

Article 8 : nouvel abattement d'assiette en vue de la suppression progressive de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)

- montant de l'abattement : 19 millions d'euros afin de réduire la contribution due en 2016 d'un milliard d'euros supplémentaire
- objectif : exonérer totalement 80 000 petites et moyennes entreprises supplémentaires sur les 90 000 PME restant redevables en 2015

Article 9 : rationalisation du dispositif d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale spécifique à l'outre-mer

- objectif : mieux centrer ce dispositif d'exonération sur les plus bas salaires
- réduction des seuils d'exonération pour les dispositifs de droit commun tout en maintenant l'équilibre général entre les différents dispositifs
- un décret définit une formule de calcul déterminant le montant des exonérations

Article 9 bis : extension du dispositif d'exonération de charges patronales applicable aux entreprises des secteurs dits exposés de Saint-Barthélemy

- allègement des charges qui constitue un levier de compétitivité et permet d'atténuer les effets du recentrage des exonérations de charges, en particulier sur le secteur touristique

Article 9 ter : réduction forfaitaire de la cotisation par heure travaillée au bénéfice des particuliers-employeurs

- généralisation de la déduction à 1,50€ au lieu de 0,75€

Article 9 quater : exonération partielle de cotisations vieillesse pour les médecins retraités exerçant en zone sous-dense

- dispositif visant à rendre plus attractif le cumul emploi-retraite

Article 10 bis : allègement des charges sociales supportées en début de carrière par les jeunes agriculteurs

- extension d'une année, soit de cinq à six ans, de l'exonération sur les cotisations d'assurance maladie, invalidité, maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole

Chapitre 2 : simplification du recouvrement des cotisations dues par les entreprises et les travailleurs non salariés

Article 11 : généralisation de la proportionnalité du redressement en cas d'absence de caractère collectif et obligatoire des régimes de protection sociale complémentaire d'entreprise

- le redressement sur la totalité des contributions payées par l'employeur devient exception

Article 11 bis : extension des entreprises bénéficiaires du taux de forfait social réduit (8%)

- aux entreprises de moins de 50 salariés qui mettent en place pour la première fois un plan d'épargne d'entreprise de droit commun (PEE) et un plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO)

Article 11 ter : mise en place d'une période d'adaptation pour les entreprises en cas de création ou de modification d'un nouveau dispositif ou de nouvelles obligations pour le cotisant ou encore de modification du système existant relatifs aux redressements opérés par les URSSAF

Article 11 quater : suspension de toute procédure de recouvrement des cotisations en cas d'action devant le contentieux général

Article 12 : simplification du recouvrement des cotisations pour les professions libérales, confié aux URSSAF et aux caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et transfert de la totalité du processus aux URSSAF et aux CGSS dans les DOM

- simplifie les démarches des professionnels libéraux et permet aux régimes de sécurité sociale de réaliser des économies de gestion substantielles
- possibilité pour les professions libérales de continuer à bénéficier de l'intervention du Fonds d'action sociale de la Caisse nationale du RSI pour leurs cotisations sociales qui seront recouvrées par les URSSAF et CGSS
- adoption d'une convention entre le Régime social des indépendants et l'ACOSS qui définit les orientations retenues dans le cadre de la mission de recouvrement de ces cotisations qui sera assurée par les URSSAF
- un décret fixe l'entrée en vigueur du présent article entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018

Article 13 : adaptation des options permettant aux non-salariés agricoles de lisser leurs revenus professionnels soumis à cotisations et contributions sociales

- prise en compte pour les cotisations sociales de l'exercice de l'option fiscale d'étalement des revenus exceptionnels des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole
- augmentation du plafond d'à-valoir des cotisations et contributions sociales
- possibilité pour le conjoint d'opter pour l'application de l'assiette forfaitaire applicable à un nouvel installé pour le calcul des cotisations et contributions sociales en cas de transfert entre époux suite à un décès
- un décret fixe les conditions d'application du présent article

Article 14 : délai supplémentaire de quatre ans accordé aux travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal pour passer au régime micro-social

Article 14 bis : transfert de prestations exercées par la caisse maritime d'allocations familiales (CMAF) à une URSSAF pour l'ensemble du territoire

- champ de transfert à l'URSSAF : recouvrement des cotisations d'allocations familiales, de la CSG et d'assurance chômage, recouvrement des cotisations d'assurance maladie et d'assurance vieillesse

Article 14 ter : création d'une pénalité par la DIRECCTE en cas de manquement aux obligations envers les URSSAF

- le montant de la pénalité est fixé par la DIRECCTE en tenant compte des circonstances ayant conduit au manquement

Article 14 quater : sécurisation des actions de lutte contre la fraude et pleine application de la logique forfaitaire du redressement

- en cas de redressement, la preuve contraire pouvant être apportée par l'employeur doit porter sur la durée réelle d'emploi et sur le niveau réel de salaire
- une sanction forfaitaire exprimée en fraction du plafond annuel de la sécurité sociale se substitue à une sanction forfaitaire exprimée en nombre de SMIC

Article 14 quinquies : clarification du contenu de la mise en demeure adressée par l'URSSAF

- un décret en Conseil d'Etat précise les conditions du présent article

Article 14 sexies : amélioration de la protection sociale des artistes auteurs

- facilitation de la constitution de l'ensemble des droits auxquels ils peuvent prétendre compte tenu de leurs revenus
- un décret précise les dispositions du présent article et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2019

Article 14 septies : maintien de la dispense de cotisations minimales au RSI pour les retraités actifs

Article 14 octies : transmission par les employeurs et les tiers mandatés d'une déclaration sociale nominative à des dates fixées par décret et au plus tard le 1^{er} juillet 2017

Article 14 nonies : suppression de l'assujettissement aux charges sociales des dividendes versés aux dirigeants de SARL

Article 14 decies : le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités de gestion et de prise en charge des travailleurs indépendants par la caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthelemy

Article 15 : réaffectation de recettes dans le cadre de la compensation d'exonérations de cotisations prévues par le pacte de responsabilité et clarification des recettes de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

- suppression de l'assujettissement aux prélèvements sociaux (CSG-CRDS) des revenus du patrimoine immobilier et des produits de placement de source française perçus par les personnes physiques fiscalement domiciliées hors de France
- suppression de la possibilité d'avoir recours au FSV pour financer des dispositifs créés par voie réglementaire
- affectation du produit des impositions sociales acquittées sur critère de résidence au financement de prestations sociales non contributives
- fléchage d'une partie des prélèvements vers la CNSA, dont la fraction de CSG sera réaffectée aux branches du régime général à la CADES et au FSV
- clarification de la nature des recettes affectées à la CADES
- différents décrets fixent les conditions d'application de ces mesures

Article 16 : prélèvement de 40 millions du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au profit du FMESPP

- objectifs : financement d'opérations d'investissement des établissements de santé et minoration de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2016

Article 17 : autorisation de la Cades à reprendre dès 2016 les déficits accumulés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)

- cadre de désendettement de la sphère sociale
- suppression du plafond annuel de 10 milliards d'euros
- encadrement du calendrier annuel de reprise de dette
- diminution du total cumulé de la dette de la CADES et des besoins de financement de l'ACOSS pour la première fois depuis 2002

Article 17 bis : remplacement du taux de 7 % par le taux de 14 % pour la fusion de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) et la taxe de solidarité additionnelle (TSA)

Article 18 A : reconduction du dispositif qui participe à l'insertion des personnes exerçant une activité économique réduite à la résorption du secteur informel de l'économie

- application du présent article à compter du 1^{er} janvier 2016 et jusqu'au 31 décembre 2018
- un décret fixe les modalités d'application de cet article
- le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation avant le 1^{er} septembre 2016

Article 18 B : confirmation du régime social actuellement applicable aux correspondants locaux de presse (CLP)

- les CLP sont dispensés sous un certain seuil d'affiliation au titre des risques maladie et vieillesse et bénéficient d'une assiette forfaitaire

Article 18 : intégration du régime spécial du personnel du grand port maritime de Bordeaux au régime général de sécurité sociale

- suppression entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018 du régime spécial d'assurance maladie (date fixée par décret), maternité et décès du personnel du grand port maritime de Bordeaux

- objectifs : achever l'intégration de ce régime spécial et rationaliser le paysage des opérateurs au sens large afin d'améliorer l'efficacité du service public
- un décret fixe les modalités du présent article après consultation des organisations syndicales représentatives des salariés du port et après avis du conseil de surveillance du grand port maritime de Bordeaux

Article 19 : affiliation obligatoire à la sécurité sociale pour les marins résidant en France et travaillant à bord de navires immatriculés dans un état étranger

- désignation du régime d'affiliation des marins embarqués à bord de navires pratiquant du cabotage dans les eaux territoriales
- sous réserve qu'ils ne soient pas affiliés au régime spécial de sécurité sociale des marins
- remède à l'absence de couverture sociale de ces marins résidant en France

Article 20 : révision de l'architecture du financement du risque maladie en vue de la création d'une protection universelle maladie inscrite à l'article 38, suppression des cotisations "minimales" des régimes des non salariés agricoles et non agricoles

- suppression des cotisations « minimales » applicables dans les régimes des non salariés agricoles et non agricoles au titre des risques maladie et maternité
- l'ensemble des personnes actives cotisent de manière proportionnelle à leurs revenus professionnels
- pour les artisans et les commerçants, cette baisse de prélèvements permettra de financer une revalorisation des cotisations minimales d'assurance vieillesse afin de valider au moins trois trimestres chaque année
- création d'un cadre plus large d'affiliation du fait de l'activité professionnelle ou de la résidence régulière en France
- les modalités du présent article sont fixées par décret

Chapitre 5 : dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie

Article 21 : soutien de l'accès à la couverture complémentaire en santé des retraités

- possibilité pour les plus de 65 ans d'accéder à des offres d'assurance complémentaire de santé sélectionnées sur des critères reposant sur le montant des primes apprécié au regard des garanties offertes par le contrat proposé, ainsi que sur des critères de qualité
- les offres dont le montant des primes est anormalement bas sont écartées
- plafonnement de l'évolution du montant des primes des contrats sélectionnés à l'évolution annuelle de l'ONDAM
- instauration d'un crédit de taxe de solidarité additionnelle
- objectifs : meilleure adéquation entre les besoins des assurés et les prestations complémentaires dont ils bénéficient, et une lisibilité accrue des offres présentées sur le marché pour les assurés
- les modalités d'imputation du crédit d'impôt sont fixées par décret en Conseil d'Etat

Article 21 bis : instauration d'un nouveau crédit d'impôt en faveur de contrats de complémentaire santé spécifiques aux personnes âgées de 65 ans et plus

- revalorisation de 7 points du plafond de ressources pour ces personnes

Article 22 : création d'une aide individuelle de l'employeur destinée à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les salariés précaires

- possibilité pour ces salariés d'obtenir directement le versement par leur ou leurs employeurs
- pas de cumul de cette somme avec d'autres dispositifs d'aide d'accès à la complémentaire santé
- valable pour certains salariés ayant un contrat court ou une faible quotité de travail
- possibilité pour les partenaires sociaux de prévoir par accord collectif la mise en œuvre de la généralisation de la couverture complémentaire santé pour certains salariés
- la contribution versée par l'employeur bénéficie du même régime social que sa participation au financement des contrats collectifs et obligatoires
- possibilité pour l'employeur d'assurer pendant une année au plus la couverture en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident
- différents décrets fixent les modalités du présent article

Article 22 bis : le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions d'extension de la couverture complémentaire collective aux travailleurs handicapés accueillis dans les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)

Article 23 : prolongation jusqu'au terme de la convention médicale en 2016 de la participation transitoire des organismes complémentaires au forfait "médecin traitant"

Article 24 : fixation du "taux L" de la clause de sauvegarde sur le médicament et du "montant W" visant à réguler les dépenses de médicaments du traitement de l'hépatite C chronique

- le « taux L » est fixé à -1%, soit au même niveau que l'année 2015
- traduction de l'objectif gouvernemental de stabilisation des dépenses de remboursement de l'ensemble des médicaments par l'assurance maladie
- le « montant W » est fixé à 700 millions d'euros, soit au même niveau que l'année 2015 compte-tenu de la fin de la montée en charge de ces nouveaux traitements

Titre 2 : Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 25 : approbation de la compensation des exonérations de cotisations prévues par le PLFSS à hauteur de 3,5 milliards d'euros et figurant à l'annexe 5

- diminution de 0,2 milliards d'euros par rapport au montant défini pour 2015

Article 26 : prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : -5,6 milliards d'euros

- maladie : -6,2 milliards d'euros
- vieillesse : 0,9 milliard d'euros
- famille : -0,8 milliard d'euros
- accidents du travail et maladies professionnelles : 0,6 milliard d'euros

Article 26 bis : le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le transport des enfants décédés de cause médicalement inexpliquée vers les centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson en vue de rechercher la cause du décès

Article 27 : prévisions de recettes du régime général : -6 milliards d'euros

- maladie : -6,2 milliards d'euros
- vieillesse : 0,5 milliard d'euros
- famille : -0,8 milliard d'euros
- accidents du travail et maladies professionnelles : 0,5 milliard d'euros

Article 28 : prévisions de recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : fonds de solidarité vieillesse : 3,7 milliards d'euros

Article 29 : plafond des ressources exceptionnelles ouvertes à certains organismes de sécurité sociale pour leur besoin de trésorerie en 2016

- agence centrale des organismes de sécurité sociale pour la période du 1^{er} janvier au 31 juillet : 40 milliards d'euros
- agence centrale des organismes de sécurité sociale pour la période du 1^{er} août au 31 décembre : 30 milliards d'euros

Article 30 : approbation du rapport décrivant 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 pour la période 2016-2019

QUATRIEME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR L'EXERCICE 2016

Titre 1^{er} : Dispositions relatives à la branche famille

Article 31 : généralisation du mécanisme de garantie contre les impayés de pensions alimentaires (GIPA)

- à compter du 1^{er} avril 2016, le dispositif expérimental s'étend à tout le territoire
- Saint-Barthélemy et Saint-Martin sont également concernés
- un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article

Article 32 : gestion par les CAF des prestations familiales des fonctionnaires en poste dans les DOM

- objectif de simplification administrative
- un décret fixe la date de mise en œuvre du présent article. Celle-ci ne pourra être postérieure au 1^{er} janvier 2017

Article 33 : extension à Saint-Pierre-et-Miquelon de l'allocation de soutien familial et du complément de libre choix du mode de garde

- objectif d'augmentation du pouvoir d'achat des familles les plus fragiles

Article 33 bis : suppression de la date mentionnée dans le code de la sécurité sociale et relative au versement de la prime à la naissance, jugée trop tardive

Article 34 : objectifs de dépenses de la branche famille pour 2016

- 49,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes
- forte diminution (près de 5 milliards) liée par la rebudgétisation des allocations de logement familial dans le cadre de la compensation par l'Etat des pertes de recettes suite à la mise en œuvre du Pacte de compétitivité et de croissance

Titre 2 : Dispositions relatives à la branche vieillesse

Article 35 : clarification des modalités de prise en compte des périodes de chômage donnant lieu à l'attribution d'un revenu de remplacement ou d'une allocation pour les marins

- prise en compte des périodes effectuées sous un contrat de sécurisation professionnelle ou dans le cadre d'un dispositif tel que le contrat de transition professionnelle

Article 36 : objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2016

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 227,8 milliards d'euros
- pour le régime général de la sécurité sociale : 123,1 milliards d'euros

Article 36 bis A : report gradué de l'âge légal de départ à la retraite pour le fixer à 63 ans au 1^{er} janvier 2019 pour les générations nées après le 1^{er} janvier 1957

Article 36 bis : généralisation à l'ensemble des régimes du dispositif qui prévoit qu'en cas de dépassement du plafond des retraites, les pensions des intéressés sont écartées et non pas suspendues

Article 36 ter : application de la mesure instituant un calcul et une liquidation unique des pensions de retraite de base des régimes alignés pour les assurés polypensionnés aux personnes nées à partir de 1953

Article 36 quater : abrogation de la possibilité de reporter des cotisations d'assurance vieillesse et les droits à retraite, et suppression du plafond mensuel de cotisations pour le décompte des périodes d'assurance

Article 36 quinquies : exclusion du champ des périodes assimilées à des périodes d'assurance vieillesse des personnes détachées en France et qui ne relèvent pas à titre obligatoire d'un régime d'assurance vieillesse

Article 36 sexies A : harmonisation du dispositif de l'assurance vieillesse volontaire au sein du régime des indépendants avec les autres régimes

Article 36 sexies : possibilité pour les anciens mineurs de percevoir leur retraite de régime des mines tout en poursuivant une activité salariale leur permettant d'ouvrir des droits à la retraite

- jusqu'à l'âge de départ à la retraite et pour tous régimes confondus
- **un décret en Conseil d'Etat** fixe les modalités d'application du présent article

Article 36 septies : le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de revalorisation du montant de la pension de retraite du régime des cultes avant le 1^{er} juillet 2016

Titre 3 : Dispositions relatives à la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles

Article 37 : dotations 2016 de la branche AT-MP au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA, 600 millions d'euros), au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA, 430 millions) et fixation à 1 milliard d'euros du transfert à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration

Article 38 : objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2016

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 13,4 milliards d'euros
- pour le régime général de la sécurité sociale : 12 milliards d'euros

Titre 4 : Dispositions relatives à la branche maladie

Chapitre 1 : amélioration de l'accès aux droits

Article 39 : instauration d'une "protection universelle maladie"

- processus d'universalisation de la prise en charge des frais de santé et garantie de l'effectivité du droit à cette prise en charge tout au long de la vie des assurés
- simplification des conditions d'ouverture des droits à la protection maladie : toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable en dispose
- redéploiement des ressources mobilisées sur un contrôle administratif des conditions d'ouverture des droits vers un contrôle renforcé des conditions de résidence
- délégation d'opérations de gestion à des mutuelles ou groupements de mutuelles, à des assureurs ou groupements d'assureurs, à des organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires
- les organismes ayant reçu délégation des opérations de gestion reçoivent des caisses d'assurance maladie des fonds nécessaires au service des prestations et justifient auxdites caisses de l'emploi des fonds reçus
- un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'organisation, de mise en œuvre et de financement des opérations de gestion
- différents décrets déterminent les modalités d'application du présent article

Article 39 bis A : le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur la reconnaissance de la sclérose en plaque au titre des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée pour les fonctionnaires

Article 39 bis : réduction des inégalités relatives au temps partiel thérapeutique

- les durées des temps partiels ne sont plus fixées par les caisses de sécurité sociale

Article 39 ter : possibilité pour les bénéficiaires de l'ACS de résilier leur contrat dans des situations spécifiques

Article 40 : simplification et amélioration de la prise en charge des soins pour les victimes du terrorisme

- possibilité pour les victimes de bénéficier pendant un an de l'exonération de toute participation (ticket modérateur, franchise, participation forfaitaire un euro, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire de 18 euros)
- assouplissement des conditions et formalités pour l'attribution des indemnités journalières maladie et AT-MP
- l'Etat rembourse à l'assurance maladie ces dépenses supplémentaires
- différents décrets déterminent les modalités d'application de ces mesures
- extension à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon la prise en charge dérogatoire des victimes d'actes de terrorisme

Article 41 : gratuité totale et anonymat pour les consultations et les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif pour les mineures d'au moins 15 ans

- simplification du parcours d'accès à la contraception des mineures

Article 41 bis : extension de la gratuité des examens de dépistage du cancer du sein

- aux femmes ayant certains antécédents familiaux et qui représentent un haut risque de développer ce type de cancer sur la base des recommandations de la HAS et de l'INCa
- un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités du présent article

Article 41 ter : possibilité pour les travailleurs indépendants de bénéficier de la prescription d'un temps partiel thérapeutique

- sur prescription du médecin afin de favoriser la reprise progressive de travail
- perception d'une indemnité journalière servie dans ce cadre au titre des prestations supplémentaires offertes par leur régime

Article 42 : mise en place d'un contrat de coopération pour soutenir la modernisation des cabinets d'ophtalmologie qui développent le travail aidé entre ophtalmologiste et orthoptiste

- **contrat conclu pour une durée de trois ans dans des conditions définies par décret**
- cette aide s'adresse :
 - aux ophtalmologistes de secteur 1 souhaitant rester en exercice isolé et salarier des auxiliaires médicaux
 - aux ophtalmologistes souhaitant s'associer à des structures d'exercice regroupé
- objectifs : accroître le nombre de consultations, réduire le délai moyen d'attente, garantir l'absence de dépassements tarifaires
- définition du contrat par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés, des organisations représentatives des centres de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
- **les contreparties financières de ce contrat collectif ne peuvent excéder le maximum prévu par le contrat de coopération pour les soins visuels**
- entrée en vigueur du présent article d'ici à la fin 2017

Article 43 : expérimentation d'un dispositif de prévention de l'obésité chez l'enfant de trois à huit ans

- possibilité pour le médecin traitant de prescrire des consultations diététiques, des bilans d'activité physique ou des consultations psychologiques
- financement de ces consultations par le biais d'un forfait annuel par enfant versé par la caisse primaire d'assurance maladie
- mise en place du dispositif du 1^{er} juillet 2016 au 31 décembre 2019 au plus tard
- la CNAMTs remet un rapport au Parlement sur l'efficacité de l'expérimentation
- **un décret précise les modalités d'application du présent article**

Article 44 : pérennisation en Pays-de-la-Loire du dispositif expérimental confié à l'ARS la gestion d'une enveloppe globale de financement de la permanence des soins ambulatoires

- inclusion des forfaits d'astreinte ainsi que l'activité réalisée par les médecins lors des permanences
- soumission du projet à autorisation ministérielle pour une durée de trois ans renouvelables
- possibilité d'étendre le dispositif au territoire des ARS qui en feraient la demande

Article 44 bis : l'assurance maladie assure la prise en charge financière du certificat de décès sur la base d'un forfait

- **un décret fixe les modalités du présent article**

Article 45 : mécanisme permettant l'inscription pérenne sur la liste des actes et prestations remboursables de pratiques innovantes expérimentées dans le cadre de délégations de tâches validées par la HAS

- valable pour les pratiques dont l'efficacité a été reconnue à l'issue de protocoles de coopération
- modification des dispositions réglementaires définissant les actes respectifs des professionnels de santé
- inscription des actes sur la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie
- accélération des procédures préalables à ces modifications afin d'assurer la fluidité du processus

Article 45 bis : habilitation des partenaires conventionnels des masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et chirurgiens-dentistes à procéder à une régulation du conventionnement fondée sur des critères géographiques

Article 45 ter : renforcement de la compétence du CEPS et les outils à sa disposition pour garantir la soutenabilité des dépenses liées aux produits et prestations de la liste des produits et prestation (LPP)

- développement des moyens d'action du CEPS pour définir et mettre en œuvre des mécanismes globaux de régulation des prix et des tarifs par voie conventionnelle
- renforcement du rôle du CEPS dans l'élaboration de la politique économique des dispositifs médicaux et prestations remboursables
- complète les dispositions législatives existantes régissant l'accord-cadre

Article 46 : transfert d'ici 2017 du financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) de l'Etat à l'assurance maladie

- financement des dépenses de fonctionnements des ESAT par des crédits d'assurance maladie via l'ONDAM médico-social
- renforcement de l'accompagnement demandé aux ARS pour l'adaptation au secteur protégé
- compensation par l'Etat à la sécurité sociale dans le cadre des lois financières pour 2017
- sécurisation du cadre juridique des ESAT

Article 47 : réforme de la contractualisation et des procédures de tarification pour les établissements et services pour personnes handicapées et pour les services de soin infirmiers à domicile intervenant exclusivement ou pour partie auprès de personnes âgées

- signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui accompagne le passage en dotation globale
- les établissements et services concernés par le contrat sont ceux qui relèvent de la compétence tarifaire exclusive ou conjointe du directeur général de l'ARS
- les établissements et services couverts par les CPOM bénéficient d'un cadre modernisé de présentation budgétaire : l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)
- objectifs : sécurisation financière du passage d'un tarif sous la forme d'un prix de journée au versement d'une dotation globale de financement, contractualisation avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés sur des objectifs qualitatifs sur l'accompagnement des personnes handicapées
- dispositif permettant d'améliorer la gestion du décalage entre l'exercice tarifaire et l'année civile
- un décret précise les conditions de tarification

Article 47 bis A : dispositif visant à renforcer l'expérimentation prévue dans la LFSS pour 2013, à savoir une meilleure coordination des acteurs très divers et à dégager des marges de manœuvre financières en diminuant le recours à l'hospitalisation et sa durée

- l'hospitalisation à domicile est inclut dans le champ de l'expérimentation
- possibilité de déroger aux règles habituelles en matière tarifaire et d'organisation

Article 47 bis : le Gouvernement remet au Parlement un rapport qui précise les conditions de mise en œuvre de la continuité des soins entre le domicile et le placement en EHPAD et de facturation à l'Assurance maladie des produits et prestations

Chapitre 3 : poursuite de la réforme du financement des établissements

Article 48 : report à 2020 de la réforme du calcul du ticket modérateur à l'hôpital

- poursuite de la baisse des tarifs journaliers de prestations par les établissements de santé
- mise en conformité des modalités de facturation des séjours des ressortissants de la Polynésie Française dans les établissements de santé métropolitains avec celles applicables aux assurés de droit commun
- fixation par voie réglementaire d'une limite maximale d'évolution des tarifs journaliers de prestations
- un décret fixe les règles de fixation du montant des tarifs journaliers de prestations

Article 49 : réforme du financement des soins de suite et de réadaptation (SSR)

- fixation d'un objectif de dépense d'assurance maladie annuel (constitué du montant des charges supportés par les régimes d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année). Objectif fixé par décret dont le montant est en fonction de l'ONDAM. Corrections possibles en cours d'année en fonction des situations
- mise en place d'une allocation des ressources plus efficiente et plus équitable entre les secteurs et les établissements
 - recalcul des allocations par établissement sur la base d'un taux moyen régional de convergence des coefficients de transition (fixé par les ministres de la santé et de la sécurité sociale)
 - la valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé
- favorisation du développement des prises en charge ambulatoires
- les pouvoirs publics déterminent les missions éligibles et les critères d'attribution des financements dans le cadre d'un compartiment dédié à des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

Article 49 bis : le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur la prise en charge de l'ensemble des frais directs ou indirects liés à une pathologie cancéreuse et sur les restes à charge des patients, notamment liés à une chirurgie réparatrice, par exemple dans les cas de cancers du sein avant le 31 décembre 2016

Article 49 ter : le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif au développement et à la valorisation des consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé avant le 1^{er} octobre 2016

- objectif : évaluation de l'amélioration de la prise en charge de ces consultations au regard des économies induites par leur développement

Article 50 : simplification et fusion des divers contrats tripartites conclus entre les établissements, l'ARS et l'assurance maladie

- contrats concernés : CAQOS, CBU, pertinence et qualité
- harmonisation des procédures et sanctions applicables
- subordination de la prise en charge par l'assurance maladie au respect de l'obligation de mentionner sur chaque ordonnance le numéro du prescripteur au RPPS
- pour les établissements de santé privés, les médecins libéraux exerçant dans leur structure sont signataires du contrat
- objectifs du nouveau contrat : plus grande lisibilité au modèle contractuel et possibilité pour les établissements de santé, les ARS et l'assurance maladie de s'inscrire dans une démarche partagée

Article 50 bis : prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport

- obligation pour le prescripteur de mentionner les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport

Article 51 : définition d'une procédure de constitution des échantillons d'établissements pour la réalisation des études nationales de coûts

- objectif : fiabiliser les études nationales de coûts par la réalisation d'études sur un échantillon suffisant et représentatif
- une personne publique (**désignée par décret en Conseil d'Etat**) assure la réalisation de ces études et notamment la sélection des établissements
- suite à un appel à candidature, si le nombre d'établissements est insuffisant, la personne publique peut sélectionner d'autres établissements n'ayant pas répondu à l'appel
- en cas de refus, une pénalité financière peut être prononcée par le directeur de l'ARS dans la limite de 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie.
- **les modalités du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat**

Article 51 bis : mise en place pour les personnels des établissements de santé de trois jours de carence

- adaptation pour les personnels des établissements de santé du dispositif en vigueur pour les salariés du secteur privé
- objectifs de maîtrise des dépenses de personnel et de lutte contre l'absentéisme

Chapitre 4 : autres mesures et objectifs financiers

Article 52 : réduction progressive des taux de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC)

- réduction à due concurrence de la prise en charge de l'assurance maladie
- redéfinition de la cotisation sociale de solidarité due par les PAMC
- alignement progressif par **décret** du taux de la cotisation maladie applicable dans le régime des PAMC sur celui applicable au RSI
- limitation du niveau des cotisations par les conventions en vigueur

Article 53 : fixation des dotations 2016

- de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) : 307 millions d'euros
- de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) : 87,5 millions d'euros
- de l'assurance maladie à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : 15,2 millions d'euros
- contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux ARS : 117,17 millions d'euros

Article 54 : fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2016

- pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : 201,1 milliards d'euros
- pour le régime général de la sécurité sociale : 177,9 milliards d'euros

Article 55 : fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires

- dépenses de soins en ville : 84,3 milliards d'euros
- dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité : 58,1 milliards d'euros
- autres dépenses relatives aux établissements de santé : 19,8 milliards d'euros
- contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 8,9 milliards d'euros

- contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées : 9,3 milliards d'euros
- dépenses relatives au Fonds d'intervention régional : 3,1 milliards d'euros
- autres prises en charge : 1,7 milliard d'euros
- total ONDAM : 185,2 milliards d'euros

Titre 5 : Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 56 : prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2016

- fonds de solidarité vieillesse : 20,1 milliards d'euros

Titre 6 : Dispositions communes aux différentes branches

Article 57 : nouvelles modalités de revalorisation de certaines prestations

- clarification des dates de revalorisations regroupées sur deux dates : 1^{er} octobre pour les retraites et 1^{er} avril pour toutes les autres prestations
- mise en place d'une règle de maintien des prestations à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative
- revalorisation de l'ensemble des prestations sociales sur la base des dernières données d'inflation (hors tabac) publiées et appréciées en moyenne annuelle sur les douze derniers mois

Article 57 bis : précision de la rédaction d'un article du code général des impôts relatif aux acquisitions d'immeubles et aux prêts

Article 58 : création d'un cadre juridique sécurisé pour la mutualisation d'activités entre des branches et des régimes différents de la sécurité sociale

- renforcement de l'efficacité de la gestion des organismes
- les économies de gestion réalisées contribuent aux objectifs globaux du gouvernement en matière d'économies
- mutualisation de certaines activités telles que la gestion de la paie, la gestion immobilière ou la comptabilité
- possibilité de préciser le partage de responsabilité entre agents comptables dans le cadre de ces mutualisations

- un décret détermine les modalités d'application du présent article

Article 59 : renforcement des coopérations inter-régimes dans la lutte contre la fraude et extension des prérogatives en matière de droit de communication

- possibilité pour les organismes de sécurité sociale d'exploiter les procès-verbaux et rapports d'enquêtes réalisés par un organisme appartenant à un autre régime
- possibilité également pour les organismes relevant de régimes différents mais assurant la gestion d'un même risque de mutualiser la réalisation d'enquêtes

Article 60 : équilibrage de la législation réprimant la fraude aux prestations en vue d'une égalité de traitement entre particuliers et professionnels

Article 61 : extension des procédures de signalement de fraude

- possibilité pour les organismes de sécurité sociale de bénéficier de deux nouveaux canaux de transmission de signalements des comportements frauduleux
- les agents du Conseil national des activités privées de sécurité (CNAPS) sont habilités à échanger des informations destinées au contrôle du travail illégal
- les organismes de sécurité sociale sont informés et procèdent ainsi à plus de redressements
- autorisation des échanges d'information des organismes de sécurité sociale avec les services de renseignements
- le dispositif de transmission d'informations par les services de renseignement aux organismes de Sécurité sociale s'insère dans le cadre plus général des échanges d'informations entre les services de renseignement et l'ensemble des autorités administratives

Article 62 : le « droit de communication » peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées

- une amende de 1 500€ est prévue en cas de refus de déférer à une demande relevant du droit de communication