

N° 2950

N° 122

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 18 novembre 2010

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

Annexe au procès-verbal de la séance
du 18 novembre 2010

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2011.

**TEXTE ÉLABORÉ PAR
LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE**

ANNEXE AU RAPPORT

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législature) 2854, 2912, 2916 et T.A. 553

Sénat : 84, 88, 90 et T.A. 22 (2010-2011)

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2009

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2010

Section 1
**Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier
de la sécurité sociale**

Section 2
Dispositions relatives aux dépenses

TROISIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À
L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR L'ANNÉE 2011**

Section 1

Reprise de dette

Article 9

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :

1° L'article 2 est ainsi rédigé :

« *Art. 2.* – La Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission d'apurer la dette mentionnée à l'article 4 et d'effectuer les versements prévus par ce même article. » ;

2° L'article 4 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II *ter* est remplacé par des II *quater* et II *quinquies* ainsi rédigés :

« II *quater.* – La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, ainsi que des déficits prévisionnels pour l'exercice 2011 des branches mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 200-2 du même code, est assurée, au plus tard le 31 décembre 2011, par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 68 milliards d'euros.

« Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 68 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches fixé à l'alinéa précédent.

« Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2010 sont fixés par décret.

« II *quinquies*. – La couverture des déficits des exercices 2011 à 2018 de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 62 milliards d'euros sur la période et dans la limite de 10 milliards par an. Les versements interviennent au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012. Leurs dates et montants sont fixés par décret.

« Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 62 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, en priorité à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 dudit code. » ;

b) Il est ajouté un VII ainsi rédigé :

« VII. – Sont considérées comme définitives les opérations de produits et de charges dans les comptes clos des branches du régime général et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale au titre des exercices ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures de transfert mentionnées au présent article, sous réserve qu'il s'agisse d'opérations réciproques entre ces organismes et qu'aucune disposition législative ne prévoie qu'il s'agit d'acomptes. » ;

3° L'article 6 est ainsi rédigé :

« Art. 6. – Les ressources de la Caisse d'amortissement de la dette sociale sont constituées par :

« 1° Le produit des contributions instituées par le chapitre II de la présente ordonnance. Ce produit est versé à la caisse, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, s'agissant du produit correspondant à la contribution mentionnée à l'article 14, et par l'État, s'agissant du produit correspondant aux contributions mentionnées aux articles 15 à 18 ;

« 2° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la

sécurité sociale. Cette fraction est fixée au IV de l'article L. 136-8 du même code ;

« 3° à 5° (*Suppressions maintenues*)

« 6° Une fraction du produit des prélèvements mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale, fixée à l'article L. 245-16 du même code ;

« 7° Les versements du Fonds de réserve pour les retraites dans les conditions fixées au quatrième alinéa de l'article L. 135-6 du même code ;

« 8° (*Suppression maintenue*) » ;

4° Le premier alinéa de l'article 7 est ainsi rédigé :

« L'annexe aux comptes de la Caisse d'amortissement de la dette sociale présente chaque année les dettes amorties en application de l'article 4 dans l'ordre chronologique des déficits à amortir. »

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

1° Après le 10° de l'article L. 135-3, sont insérés des 10° *bis* à 10° *sexies* ainsi rédigés :

« 10° *bis* Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds commun de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de l'entreprise, n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

« 10° *ter* Les sommes acquises à l'État conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 10° *quater* Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

« 10° *quinquies* Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1710-1785 mégahertz, 1805-1880 mégahertz, 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

« 10° *sexies* Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-5 du présent code. » ;

2° L'article L. 135-6 est ainsi modifié :

a) Le troisième alinéa est complété par les mots : « ainsi que du fonds mentionné à l'article L. 135-1 » ;

b) Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

« Les sommes affectées au fonds sont mises en réserve jusqu'au 1^{er} janvier 2011. À compter de cette date et jusqu'en 2024, le fonds verse chaque année, au plus tard le 31 octobre, 2,1 milliards d'euros à la Caisse d'amortissement de la dette sociale afin de participer au financement des déficits, au titre des exercices 2011 à 2018, des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Le calendrier et les modalités de ces versements sont fixés par convention entre les deux établissements. » ;

3° Les 1°, 5°, 7°, 8° et 11° de l'article L. 135-7 sont abrogés ;

4° L'article L. 135-8 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « , d'une part, l'objectif et l'horizon d'utilisation des ressources du fonds et, d'autre part, les principes de prudence et de répartition des risques » sont remplacés par les mots : « les principes de prudence et de répartition des risques compte tenu de l'objectif et de l'horizon d'utilisation des ressources du fonds, notamment les obligations de versements prévues à l'article L. 135-6 » ;

b) La troisième phrase du dernier alinéa est complétée par les mots : « , et en particulier leur adéquation avec les obligations de versements prévues à l'article L. 135-6 » ;

4° *bis* À L'article L. 135-11 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 135-11.* – Les règles prudentielles auxquelles est soumis le fonds sont déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie, du budget et de la sécurité sociale. » ;

4° *bis* B Au deuxième alinéa de l'article L. 135-12, les mots : « émettent un rapport d'examen limité sur les comptes intermédiaires semestriels du fonds » sont supprimés ;

4° *bis* Le IV de l'article L. 136-8 est ainsi modifié :

a) Au 1°, le taux : « 1,1 % » est remplacé par le taux : « 0,82 % » et le taux : « 1,08 % » est remplacé par le taux : « 0,8 % » ;

b) Au 5°, les mots : « 0,2 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I » sont remplacés par les mots : « 0,48 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I, pour laquelle le taux est fixé à 0,28 % » ;

5° Au 1 de l'article L. 137-5, les mots : « Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 » sont remplacés par les mots : « Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 » ;

5° *bis* L'article L. 241-6 est complété par des 5° à 7° ainsi rédigés :

« 5° Le produit de la taxe mentionnée au second alinéa du 2° *bis* de l'article 1001 du code général des impôts ;

« 6° La taxe exceptionnelle sur les sommes placées sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance ;

« 7° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance vie multi-supports. » ;

6° Le II de l'article L. 245-16 est ainsi rédigé :

« II. – Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :

« – une part correspondant à un taux de 0,3 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1, dont une part correspondant à un taux de 0,2 % à la section mentionnée à l'article L. 135-3-1 ;

« – une part correspondant à un taux de 1,3 % à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ;

« – une part correspondant à un taux de 0,6 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. »

III. – Le IV de l'article 45 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006 est abrogé.

Section 2

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

Article 10

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

1° Le 10° de l'article L. 135-3 est ainsi rédigé :

« 10° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 ; »

2° à l'intitulé de la section 5 du chapitre VII du titre III du livre I^{er}, le mot : « Contribution » est remplacé par le mot : « Contributions » ;

3° Le I de l'article L. 137-11 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , au profit du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du présent code, » sont supprimés ;

b) Au 1°, les mots : « , pour la partie excédant un tiers du plafond mentionné à l'article L. 241-3 » sont supprimés et les mots : « et précomptée par l'organisme payeur » sont remplacés par les mots : « , versée par l'organisme payeur et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur ces rentes » ;

3° *bis* Après la deuxième phrase du II du même article, sont insérées trois phrases ainsi rédigées :

« Pour les régimes existant à la date de publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui ont opté préalablement pour l'assiette mentionnée au 1° du I du présent article, l'option peut être exercée à nouveau entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011. L'employeur qui exerce cette option est redevable d'un montant équivalent à la différence, si elle est positive, entre, d'une part, la somme des contributions qui auraient été acquittées depuis le 1^{er} janvier 2004 ou la date de création du régime si elle est postérieure s'il avait choisi l'assiette définie au 2° du même I dans les conditions prévues au présent II et, d'autre part, la somme des contributions effectivement versées depuis cette date. L'employeur acquitte cette somme au plus tard concomitamment au versement de la contribution due sur les sommes mentionnées au 2° dudit I de l'exercice 2011 ou de manière fractionnée, sur quatre années au plus, selon des modalités définies par arrêté. » ;

4° Après l'article L. 137-11, il est inséré un article L. 137-11-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 137-11-1.* – Les rentes dont la valeur est supérieure à 400 euros par mois versées dans le cadre des régimes mentionnés au I de l'article L. 137-11 sont soumises à une contribution à la charge du bénéficiaire. Le taux de cette contribution est fixé à 14 % pour les rentes dont la valeur est supérieure à 600 euros par mois. Pour les rentes dont la valeur mensuelle est comprise entre 400 euros et 600 euros par mois, ce taux est fixé à 7 %. Ces valeurs sont revalorisées chaque année en fonction de l'évolution du plafond défini à l'article L. 241-3 et arrondies selon les règles définies à l'article L. 130-1. La contribution est précomptée et versée par les organismes débiteurs des rentes et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur ces rentes. »

II. – Au premier alinéa du III de l'article 15 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, l'année : « 2010 » est remplacée par l'année : « 2011 ».

Article 11

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le II de l'article L. 137-13 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, le taux : « 10 % » est remplacé par le taux : « 14 % » ;

b) Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, ce taux est fixé à 10 % sur les attributions d'actions mentionnées au I dont la valeur annuelle par salarié est inférieure à la moitié du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3. » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 137-14 est ainsi modifié :

a) Le taux : « 2,5 % » est remplacé par le taux : « 8 % » ;

b) Il est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, le taux de cette contribution est fixé à 2,5 % sur le montant des avantages définis au 6 bis de l'article 200 A susmentionné dont la valeur est inférieure à la moitié du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 du présent code. »

.....

Article 12 bis

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

1° Le premier alinéa de l'article L. 131-7 est complété par les mots : « , à l'exception des mesures prévues aux articles L. 241-13 et L. 241-6-4 dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2011 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles » ;

2° L'article L. 131-8 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 131-8.* – Les organismes de sécurité sociale perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :

« 1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :

« – à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 59,9 %,

« – à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 23,4 %,

« – au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 16,7 %,

« 2° Le produit de la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire, mentionnée à l'article L. 137-1, est versé à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ;

« 3° Le produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6, est versé à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;

« 4° Le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques est versé à la branche mentionnée au 1° du même article L. 200-2 ;

« 5° Le produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabacs, dans des conditions fixées par décret, est versé à la branche mentionnée au même 1° ;

« 6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1°.

« L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et répartir le produit des taxes et des impôts mentionnés, dans les conditions prévues au présent article. »

I *bis*. – À titre dérogatoire, le produit des exercices 2011 et 2012 de la taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6 du code de la sécurité sociale, est versé à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code.

I *ter*. – Le *f* de l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 est ainsi rédigé :

« *f*) Le produit d'une fraction égale à 32,83 % est versé :

« 1° À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, pour une part correspondant à un taux égal à 13,79 % ;

« 2° À la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du même code, pour une part correspondant à un taux égal à 9,26 % ;

« 3° Au régime des salariés agricoles, pour une part correspondant à un taux égal à 9,18 % ;

« 4° À l'Établissement national des invalides de la marine, à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la Société nationale des chemins de fer français et de la Régie autonome des transports parisiens et à la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une part correspondant à un taux égal à 0,60 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »

II. – À titre dérogatoire, l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 est ainsi modifié pour les années 2011 et 2012 :

1° Le *f* est ainsi rédigé :

« *f*) Le produit d'une fraction égale à 32,83 % est versé :

« 1° À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, pour une part correspondant à un taux égal à 8,02 % ;

« 2° À la branche mentionnée au 2° du même article, pour une part correspondant à un taux égal à 1,58 % ;

« 3° À la branche mentionnée au 4° du même article, pour une part correspondant à un taux égal à 12,57 % ;

« 4° Au régime des salariés agricoles, pour une part correspondant à un taux égal à 10,00 % ;

« 5° À l'Établissement national des invalides de la marine, à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la Société nationale des chemins de fer français et de la Régie autonome des transports parisiens et à la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une part correspondant à un taux égal à 0,66 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. » ;

2° Le *i* est abrogé.

II *bis* . – Chaque année, l'annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale établit le bilan financier comparatif, par branche, des mesures d'allégement de cotisations sociales mentionnées à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, et du produit des taxes mentionnées aux I et II.

III. – Le présent article entre en vigueur à compter du 15 février 2011.

Article 12 *ter*

(Texte du Sénat)

I. – Au premier alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « chez les » sont remplacés par les mots : « au domicile à usage privatif des ».

II. – *(Suppression maintenue)*

Article 12 *quater*

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Après le mot : « tirent », la fin de l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « de leurs activités professionnelles, appréciés conformément aux deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 131-6. Les revenus tirés des activités professionnelles qui ne sont pas réalisées dans le cadre des conventions, du règlement ou du régime

d'adhésion personnelle mentionnés à l'article L. 722-1 sont pris en compte dans la limite du plafond fixé pour l'application de l'article L. 612-4. »

Article 13

(Texte du Sénat)

Le même code est ainsi modifié :

1° *(Suppression maintenue)*

2° À l'article L. 137-16, le taux : « 4 % » est remplacé par le taux : « 6 % ».

Article 13 ter

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. – La première phrase du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du même code est ainsi rédigée :

« Est exclue de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa, dans la limite d'un montant fixé à trois fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3, la part des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 *ter* du code général des impôts qui n'est pas imposable en application de l'article 80 *duodecies* du même code. »

II. – À la fin de la deuxième phrase du 5° du II de l'article L. 136-2 du même code, les mots : « à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « aux cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 ».

II *bis* (nouveau). – À la fin de la première phrase du 5° *bis* du II de l'article L. 136-2 du même code, les mots : « les montants définis au deuxième alinéa du 1 de l'article 80 *duodecies* du même code » sont remplacés par les mots : « la part des indemnités exclue de l'assiette des

cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code ».

III. – À titre transitoire, par dérogation aux dispositions du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, la limite d'exclusion d'assiette visée au même article est fixée à un montant égal à six fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du même code dans les cas suivants :

– pour les indemnités versées en 2011 au titre d'une rupture ayant pris effet le 31 décembre 2010 au plus tard, ou intervenant dans le cadre d'un projet établi en application de l'article L. 1233-61 du code du travail et notifié dans les conditions prévues à l'article L. 1233-46 du même code le 31 décembre 2010 au plus tard ;

– pour les indemnités versées en 2011 au titre d'une rupture prenant effet en 2011 dans la limite du montant prévu par la convention ou l'accord collectif en vigueur au 31 décembre 2010.

Article 13 quater

(Suppression maintenue)

.....

Article 16

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Le même code est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 242-1-3, il est inséré un article L. 242-1-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 242-1-4.* – Toute somme ou avantage alloué à un salarié par une personne n'ayant pas la qualité d'employeur en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt de ladite personne est une rémunération au sens de l'article L. 242-1.

« Dans les cas où le salarié concerné exerce une activité commerciale ou en lien direct avec la clientèle pour laquelle il est d'usage qu'une personne tierce à l'employeur alloue des sommes ou avantages au salarié au titre de cette activité, les cotisations des assurances sociales, d'allocations familiales et d'accidents du travail et les contributions sociales dues sur ces rémunérations sont acquittées sous la forme d'une contribution libératoire à la charge de la personne tierce dont le montant est égal à 20 % de la part de ces rémunérations qui excède pour l'année considérée un montant égal à 15 % de la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois sur la base de la durée légale du travail. Les autres cotisations d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi ne sont pas dues sur ces rémunérations. Lorsque ces rémunérations versées pour un an excèdent la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois, la part supérieure à ce plafond est assujettie à toutes les cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle.

« Lorsque la personne tierce appartient au même groupe que l'employeur au sens de l'article L. 2331-1 du code du travail, elle ne peut s'acquitter de ses cotisations et contributions sociales par le versement de la contribution libératoire prévue au deuxième alinéa du présent article.

« La personne tierce remplit les obligations relatives aux déclarations et aux versements de la contribution libératoire ou des cotisations et contributions sociales relatifs à ces rémunérations selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. Elle informe l'employeur des sommes ou avantages versés à son salarié.

« Le deuxième alinéa n'est ni applicable, ni opposable aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code si la personne tierce et l'employeur ont accompli des actes ayant pour objet d'éviter, en totalité ou en partie, le paiement des cotisations et contributions sociales. Dans ce cas, l'article L. 243-7-2 est applicable à l'employeur en cas de constat d'opérations litigieuses.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'information de l'employeur et de l'organisme de recouvrement par la personne tierce sur les sommes ou avantages versés aux salariés.

« Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les règles selon lesquelles les sommes recouvrées au titre de la contribution

libératoire sont réparties entre les contributions et les cotisations mentionnées au deuxième alinéa. » ;

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7, les mots : « est confié aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général » sont remplacés par les mots : « ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes » ;

3° L'article L. 311-3 est complété par un 31° ainsi rédigé :

« 31° Les salariés au titre des sommes ou avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L. 242-1-4. »

Article 16 bis

(Texte du Sénat)

Le même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 613-1 est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur au seuil d'exonération de faibles revenus professionnels non salariés non agricoles applicable en matière de cotisations d'allocations familiales. » ;

2° L'article L. 622-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, sont également affiliés au groupe des professions industrielles et commerciales les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur au seuil d'exonération de faibles revenus professionnels non salariés non agricoles applicable en matière de cotisations d'allocations familiales. »

.....

Article 17

(Texte du Sénat)

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

1° L'article L. 731-15 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les revenus mentionnés aux alinéas précédents sont également majorés des revenus perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole en contrepartie de la location des terres, biens immobiliers à utilisation agricole et biens mobiliers qui leur sont attachés lorsque ces terres et ces biens sont mis à la disposition d'une exploitation ou d'une entreprise agricole sous forme individuelle ou sociétaire aux travaux de laquelle il participe effectivement. Cette majoration ne s'applique pas lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévue au cinquième alinéa de l'article L. 731-14. » ;

2° *(Suppression maintenue)*

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

1° A Après la première occurrence du mot : « code », la fin du 4° du II de l'article L. 136-2 est ainsi rédigée : « et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11 ; »

1° Après le troisième alinéa du I de l'article L. 136-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les revenus professionnels sont également majorés des revenus perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole en contrepartie de la location des terres, biens immobiliers à utilisation agricole et biens mobiliers qui leur sont attachés lorsque ces terres et ces biens sont mis à la disposition d'une exploitation ou d'une entreprise agricole sous forme individuelle ou sociétaire aux travaux de laquelle il participe effectivement. Cette majoration ne s'applique pas lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévue au cinquième alinéa de l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime. » ;

2° Au premier alinéa du I de l'article L. 136-6, après la référence : « L. 136-3 », est insérée la référence : « , L. 136-4 ».

III. – Le présent article est applicable aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2011.

.....

Article 20

(Texte du Sénat)

I. – Le premier alinéa de l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « dont le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros. »

II. – L'article L. 138-10 du même code est ainsi modifié :

A. – Le I est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa :

a) Les mots : « à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité » sont supprimés deux fois ;

b) Les mots : « de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, » sont remplacés par les mots : « des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique » ;

2° Après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Ne sont pas pris en compte, pour la détermination de l'assiette de la contribution :

« – le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises mentionnées au premier alinéa ayant passé convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions définies au sixième alinéa du présent I,

« – lorsqu'il n'excède pas 30 millions d'euros, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre de tout médicament orphelin au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du

16 décembre 1999, précité, inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17. » ;

B. – Le II est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa :

a) Les mots : « à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, » sont supprimés deux fois ;

b) Les mots : « et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions mentionnées au quatrième alinéa ci-après, » sont supprimés ;

2° Après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Ne sont pas pris en compte, pour la détermination de l'assiette de la contribution :

« – le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises mentionnées au premier alinéa ayant passé convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions définies au sixième alinéa du présent II,

« – lorsqu'il n'exède pas 30 millions d'euros, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre de tout médicament orphelin au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, précité, inscrit sur une des listes mentionnées au premier alinéa du présent II. »

III. – Le 3° du II de l'article L. 245-2 du même code est complété par les mots : « , à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires hors taxes excède 30 millions d'euros. »

Article 21

(Texte du Sénat)

I. – Le même code est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 134-1, les mots : « de l'assurance maladie et maternité au titre des prestations en nature et » sont supprimés ;

1° *bis* À l'intitulé de la section 2 du chapitre IV du titre III du livre I^{er}, les mots : « des gens de mer, » sont supprimés ;

1° *ter* L'article L. 134-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des gens de mer, » sont supprimés ;

b) Le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « La caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, et la Régie autonome... *(le reste sans changement)*. » ;

1° *quater* À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 134-5, les mots : « à l'établissement national des invalides de la marine, » sont supprimés ;

1° *quinquies* La section 3 du chapitre IV du titre III du livre I^{er} est ainsi rédigée :

« Section 3

« **Compensation entre le régime général et le régime des clercs et employés de notaires (maladie et maternité)**

« *Art. L. 134-5-1.* – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et des retraités relevant du régime des clercs et employés de notaires.

« La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires à laquelle les intéressés restent affiliés.

« Le taux des cotisations dues au régime général par le régime des clercs et employés de notaires au titre des travailleurs salariés en activité et des retraités est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ce régime continue à assumer. Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature.

« Les soldes qui en résultent entre ce régime et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1.

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

2° Le 5° de l'article L. 612-1 est abrogé ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 651-1, les mots : « , au profit du régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611-1, ainsi qu'au profit du fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 et du Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6, » sont supprimés ;

4° L'article L. 651-2-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « est affecté », sont insérés les mots : « , sous réserve de l'application du 10° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, » et les mots : « mentionné à l'article L. 611-1, » sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le solde du produit de la contribution résultant de l'application du premier alinéa est affecté au fonds mentionné à l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels. » ;

c) Le dernier alinéa est supprimé.

II. – Le 10° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« 10° Une fraction égale à 30,89 % du produit de la contribution sociale de solidarité mentionnée à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale ; »

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

1° Au premier alinéa, l'année : « 2010 » est remplacée par l'année : « 2011 » ;

2° Au *a*, le taux : « 18,68 % » est remplacé par le taux : « 15,44 % » ;

3° Au *c*, le taux : « 38,81 % » est remplacé par le taux : « 45,50 % ».

.....
Section 3

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 24

(Texte du Sénat)

Pour l'année 2011, 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.....	172,2
Vieillesse	193,7
Famille.....	53,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	426,6 ;

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie.....	147,8
Vieillesse.....	100,0
Famille.....	52,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	306,6

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Fonds de solidarité vieillesse	18,0

Article 25

(Texte du Sénat)

Pour l'année 2011, 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.....	172,2	183,5	-11,3
Vieillesse.....	193,7	202,3	-8,5
Famille.....	53,1	55,8	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles ...	13,1	13,0	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	426,6	449,0	-22,4

Article 26

(Texte du Sénat)

Pour l'année 2011, 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.....	147,8	159,3	-11,5
Vieillesse.....	100,0	106,8	-6,9
Famille.....	52,6	55,3	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles ...	11,7	11,6	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	306,6	327,6	-20,9

Article 27

(Texte du Sénat)

Pour l'année 2011, 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 dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	18,0	21,9	-3,9

.....

Article 29

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2011 à 2014), 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 4

Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité

.....

Article 30 bis A

(Texte du Sénat)

I. – L'article L. 8221-5 du code du travail est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Soit de ne pas accomplir auprès des organismes de recouvrement des contributions et cotisations sociales les déclarations relatives aux salaires ou aux cotisations sociales assises sur ceux-ci. »

II. – L'article L. 8222-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « s'acquitte » sont supprimés ;

2° Au début du 1°, sont ajoutés les mots : « S'acquitte » ;

3° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Est à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale et L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime dans les conditions définies à l'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale ; »

4° Au début du 2°, sont ajoutés les mots : « S'acquitte ».

III. – Le chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est complété par une section 6 ainsi rédigée :

« Section 6

« Délivrance des attestations relatives aux obligations déclaratives et de paiement prévues à l'article L. 8222-1 du code du travail

« Art. L. 243-15. – L'attestation mentionnée au 1° bis de l'article L. 8222-1 du code du travail est délivrée dès lors que l'employeur acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité et, le cas échéant, a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations et contributions restant dues ou conteste leur montant par recours contentieux, à l'exception des recours faisant suite à une verbalisation pour travail dissimulé. Les modalités selon lesquelles sont délivrées ces attestations et leur contenu sont fixées par décret. »

Article 30 bis

(Texte du Sénat)

I. – L'article L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, après le mot : « France », sont insérés les mots : « ou, s'il est un particulier, qui n'est pas considéré comme domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et souhaite bénéficier de cette faculté, » ;

2° La dernière phrase est supprimée ;

3° Sont ajoutés des II à IV ainsi rédigés :

« II. – L'employeur mentionné au I peut bénéficier, s'il est un particulier, des dispositions du 1° de l'article L. 1271-1 et des articles L. 1271-2 à L. 1271-5 du code du travail ainsi que des articles L. 133-8 à L. 133-8-2 du présent code, relatives au chèque emploi-service universel ou, s'il est une entreprise, des dispositions des articles L. 1273-3 à L. 1273-6 du code du travail et de l'article L. 133-5-2 du présent code, relatives au titre emploi-service entreprise. Pour l'application de ces dispositions, l'employeur s'acquitte de ses obligations sociales auprès de l'organisme mentionné au I, qui se substitue à

l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-8 et à l'organisme habilité mentionné à l'article L. 133-5-2. Les documents établis par l'organisme mentionné au I, notamment le bulletin de salaire ou l'attestation d'emploi à remettre au salarié, sont transmis à l'employeur sous forme électronique.

« Lorsque le salarié est employé pour une durée n'excédant pas un plafond fixé par décret et que sa rémunération n'excède pas un montant fixé par ce même décret, les cotisations et contributions sociales dues peuvent être payées par avance auprès de l'organisme mentionné au I et sur une base forfaitaire, en fonction de la durée totale de la période d'emploi ou du séjour en France. Dans ce cas, les articles L. 133-7 et L. 241-10 ne sont pas applicables.

« III. – Les déclarations sociales de l'employeur mentionné au I sont transmises à l'organisme de recouvrement par voie électronique dans les conditions prévues à l'article L. 133-5. Les cotisations et contributions sociales dues sont réglées par les moyens de paiement prévus par décret.

« IV. – Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

II. – Le dernier alinéa du II de l'article L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du I du présent article entre en vigueur à des dates fixées par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2012.

.....

Article 32 bis

(Texte du Sénat)

I. – Au sixième alinéa de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « exonérés de la taxe sur les conventions d'assurances en application des 15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la

condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ».

II. – Le I s'applique à compter du 1^{er} janvier 2011.

Article 32 *ter*

(Texte du Sénat)

L'article L. 141-3 du code des juridictions financières est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour l'application de l'article L.O. 132-2-1 du présent code, les membres et personnels de la Cour des comptes peuvent demander aux commissaires aux comptes des organismes et régimes de sécurité sociale visés par l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale et de l'organisme visé par l'article L. 135-6 du même code tous renseignements sur les entités dont ces derniers assurent la mission de certification des comptes ; ils peuvent en particulier se faire communiquer, pour l'exercice comptable sous revue, les dossiers et documents établis en application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la profession et au statut des commissaires aux comptes.

« Au titre de la mission visée à l'article L.O. 132-2-1 du présent code, les membres et personnels de la Cour des comptes sont habilités à communiquer aux commissaires aux comptes des organismes et régimes de sécurité sociale visés par l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale tous renseignements sur les opérations effectuées pour le compte de ces derniers par les organismes, branches ou activité visés par l'article L.O. 132-2-1, et sur les vérifications qu'ils ont opérées, en tant qu'ils sont utiles à leur mission légale de certification des comptes de l'exercice sous revue et sous réserve des dispositions de l'article L. 120-3 du présent code. Ils disposent d'une faculté identique à l'égard des commissaires aux comptes d'autres entités dont une partie des opérations est gérée par les organismes, branches ou activité visés par l'article L.O. 132-2-1 du même code.

« Les conditions d'application des deuxième et troisième alinéas sont fixées par décret en Conseil d'État. »

QUATRIÈME PARTIE
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
POUR L'ANNÉE 2011**

Section 1

**Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie et au secteur
médico-social**

(Intitulé modifié par la commission mixte paritaire)

Article 34

(Texte du Sénat)

L'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Chaque année, au plus tard le 15 avril, le comité rend un avis public dans lequel il analyse les anticipations de réalisation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles. Il en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours. » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le comité rend un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie.

« Cet avis est rendu public et transmis au Parlement. »

Article 35 bis

(Texte du Sénat)

À la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale, après les mots : « Ils fournissent également », sont insérés les mots : « , à compter du 1^{er} juillet 2011, ».

.....

Article 36 bis A

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 22° ainsi rédigé :

« 22° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. »

II. – L'article L. 162-32-1 du même code est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements individualisés du centre de santé peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci. »

III (*nouveau*). – L'article L. 111-11 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces propositions sont accompagnées également d'un bilan détaillé de la mise en œuvre du 22° de l'article L. 162-5 et du 9° de l'article L. 162-32-1. Ce bilan présente les engagements souscrits par les professionnels, analyse l'exigence des objectifs retenus et présente le taux d'atteinte de ces objectifs. Il indique les critères retenus pour l'attribution de la rémunération versée et le montant moyen de cette rémunération. Il évalue les économies résultant pour l'assurance maladie de l'atteinte des objectifs susmentionnés. ».

Article 36 bis B

(Texte du Sénat)

L'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients. »

Article 36 bis

(Texte du Sénat)

I. – L'avant-dernier alinéa de l'article L. 632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° À la première phrase, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « ou les étudiants » et les mots : « égale les » sont remplacés par les mots : « dégressif égale au plus les » ;

2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

« Le recouvrement de cette indemnité est assuré, pour les médecins, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le médecin exerce à titre principal et, pour les étudiants, par le centre national de gestion. »

II. – Le premier alinéa du I de l’article L. 136-5 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La contribution portant sur l’allocation mentionnée à l’article L. 632-6 du code de l’éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations. »

.....

Article 36 quinquies

(Texte du Sénat)

La première phrase du dernier alinéa de l’article L. 5125-15 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Le nombre de licences prises en compte pour l’application des conditions prévues aux deux premiers alinéas de l’article L. 5125-11 à l’issue d’un regroupement d’officines dans la même commune ou dans des communes limitrophes est le nombre d’officines regroupées. »

Article 36 sexies

(Texte de l’Assemblée nationale)

Après le mot : « au », la fin de la deuxième phrase du premier alinéa de l’article L. 138-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « *a* du 5° de l’article L. 5121-1 du code de la santé publique et pour les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques en application de la dernière phrase du *b* du 5° du même article. »

.....

Article 36 octies

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Après l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-10 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-10.* – Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions de validité de la prescription et les modalités de délivrance des produits ou d'exécution des prestations auxquelles peut être subordonnée la prise en charge des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1. »

.....

Article 37

(Texte du Sénat)

I. – L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa :

a) La première phrase est complétée par les mots : « ainsi que les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite ou de réadaptation » ;

a bis) Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« La mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation pour les soins de suite ou de réadaptation est effectuée sur la base d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie. » ;

b) La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient. » ;

c) À la troisième phrase, après les mots : « sans hébergement », sont insérés les mots : « ou sans hospitalisation » ;

d) À fin de la dernière phrase, les mots : « dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non-respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « dans des conditions prévues par décret » ;

2° Au second alinéa, les mots : « attestée par l'établissement » sont remplacés par les mots : « attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur ».

II. – La procédure contradictoire à laquelle renvoie le premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi s'applique pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code jusqu'à l'entrée en vigueur du décret prévu au premier alinéa de l'article L. 162-1-17 de ce même code dans sa rédaction résultant de la présente loi et au plus tard jusqu'au 1^{er} juillet 2011.

III. – Un rapport est établi et remis au Parlement le 1^{er} octobre 2011 concernant l'évaluation de la mesure d'accord préalable prévu à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale pour les activités de soins de suite et de réadaptation. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge des patients en termes de délais de mise en œuvre des traitements et des transferts, de qualité de la prise en charge et du rapport bénéfices/risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la mesure pour les établissements concernés, les services des agences régionales de la santé, et les organismes d'assurance-maladie.

.....

Article 39

(Texte du Sénat)

I. – L'article L. 1142-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au neuvième alinéa (6°), après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 1221-14, » ;

2° Au douzième alinéa (2°), après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 1221-14, » ;

3° Au treizième alinéa (3°), les mots : « aux mêmes articles » sont remplacés par les références : « aux articles L. 1142-14 et L. 1142-15 » ;

4° Au quatorzième alinéa (4°), après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 1221-14, » ;

5° *(Suppression maintenue)*

II. – L'article L. 1221-14 du même code est ainsi modifié :

1° A *(Suppression maintenue)*

1° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il procède à toute investigation sans que puisse lui être opposé le secret professionnel. » ;

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

« La transaction intervenue entre l'office et la victime, ou ses ayants droit, en application du présent article, est opposable à l'assureur, sans que celui-ci puisse mettre en œuvre la clause de direction du procès éventuellement contenue dans les contrats d'assurance applicables, ou, le cas échéant, au responsable des dommages, sauf le droit pour ceux-ci de contester devant le juge le principe de la responsabilité ou le montant des sommes réclamées. L'office et l'établissement français du sang peuvent en outre obtenir le remboursement des frais d'expertise. Quelle que soit la décision du juge, le montant des indemnités allouées à la victime, ou à ses ayants droit, leur reste acquis. » ;

3° et 4° *(Suppressions maintenues)*

III. – (*Suppression maintenue*)

Article 39 bis A

(*Supprimé*)

.....

Article 40

(*Texte élaboré par la commission mixte paritaire*)

Au code de la santé publique, il est rétabli un article L. 6122-19 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6122-19.* – À partir du 1^{er} septembre 2011 et pendant une période de deux ans, le Gouvernement est autorisé à engager l'expérimentation de nouveaux modes de prise en charge de soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés au sein de structures dénommées : "maisons de naissance", où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3. Ces expérimentations ont une durée maximale de cinq ans. Elles sont réalisées en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé.

« À cet effet, il est dérogé aux articles L. 1434-2, L. 1434-7 et L. 6122-1.

« Les maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé au sens de l'article L. 6111-1 et ne sont pas soumises au chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie.

« Le décret en Conseil d'État visé au dernier alinéa du présent article précise notamment que la maison de naissance doit être attenante à une structure autorisée à l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle doit obligatoirement passer une convention.

« L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de la structure autorisée à l'activité de gynécologie-obstétrique autorisée attenante.

« Il peut être dérogé aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux modalités d'application de la prise en charge de certains actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 de ce même code.

« Par dérogation à l'article L. 162-22-13 du même code, les dépenses nécessaires au fonctionnement des maisons de naissance peuvent être prises en charge en tout ou partie par la dotation annuelle prévue à l'article L. 162-22-14 du même code.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, après avis conforme de la Haute Autorité de santé, la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental en fonction notamment de l'intérêt et de la qualité du projet pour l'expérimentation et de son intégration dans l'offre de soins régionale en obstétrique. La suspension de fonctionnement d'une maison de naissance inscrite sur la liste peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les motifs et dans les conditions prévues par l'article L. 6122-13. Le retrait d'inscription à la liste est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.

« Un premier bilan de l'expérimentation est établi au 31 décembre 2014 par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en vue de la poursuite ou de l'abandon de l'expérimentation. Le Gouvernement adresse au Parlement un bilan définitif de l'expérimentation dans l'année qui suivra sa fin.

« Les conditions de l'expérimentation et notamment les conditions d'établissement de la liste susmentionnée, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels, les conditions spécifiques de fonctionnement des maisons de naissance ainsi que les modalités d'évaluation de l'expérimentation à son terme sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Article 40 bis

(Supprimé)

.....

Article 41 bis

(Texte du Sénat)

I. – Après la première phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure tient notamment compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges sociales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de coûts, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I du même article sont identiques pour les établissements visés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

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

1° Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés aux 1° et 2° du présent I, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de charges financières, les tarifs nationaux des prestations et les forfaits annuels susvisés sont identiques pour les établissements visés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés au présent article sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. » ;

2° À la première phrase du II de l'article L. 162-22-9, les références : « 1° à 3° » sont remplacées par les références : « 1° à 4° ».

Article 41 ter

(Supprimé)

Article 42 bis A

(Texte du Sénat)

Avant le dernier alinéa de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° De publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. »

Article 42 bis

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

L'article 47 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 est ainsi modifié :

1° Avant le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La sous-section 4 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-30-2 ainsi rédigé : » ;

2° Le début du premier alinéa est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-30-2. – Sur la base ... (le reste sans changement).* » ;

3° Aux premier, deuxième et quatrième à septième alinéas, après chaque occurrence des mots : « de médicaments », sont insérés les mots : « mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste » ;

4° Au deuxième alinéa, après la dernière occurrence du mot : « médicaments », sont insérés les mots : « mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et les produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste » ;

5° Le premier alinéa est complété par les mots : « et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 » ;

6° Au deuxième alinéa, après le mot : « taux », sont insérés les mots : « , non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle » ;

7° Au 1°, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « , corrélée à son activité et à sa patientèle, ».

Article 42 *ter*

(Texte du Sénat)

Le programme de qualité et d'efficacité visé au 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche maladie comporte des éléments relatifs à la politique immobilière des établissements de santé.

.....

Article 42 *quinquies*

(Texte du Sénat)

Le programme de qualité et d'efficacité de la branche maladie prévu par le 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale présente un bilan des actes, prestations et médicaments prescrits dans les établissements de santé et dont le coût pèse sur l'enveloppe de soins de ville.

Article 42 *sexies*

(Texte du Sénat)

Le programme de qualité et d'efficacité visé au 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche maladie présente un bilan du dispositif de la couverture maladie universelle, tel que défini à l'article L. 381-1 du même code, ainsi que les perspectives d'évolution notamment financières.

(Division et intitulé supprimés)

Article 43 bis A

(Supprimé)

Article 43 bis B

(Supprimé)

Article 43 bis

(Texte du Sénat)

I. – L'article L. 14-10-5 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, après la référence : « L. 314-3-1 », sont insérés les mots : « , ainsi qu'au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées » ;

2° La première phrase du 1 du I est complétée par les mots : « , ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 » ;

2° bis Au *a* du même 1, le pourcentage : « 10 % » est remplacé par le pourcentage : « 8 % » et le pourcentage : « 14 % » est remplacé par le pourcentage : « 12 % » ;

3° Après le mot : « services », la fin du *b* du même 1 est ainsi rédigée : « et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. » ;

4° Le même *b* est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. » ;

5° La première phrase du 2 du I est complétée par les mots : « , ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 » ;

5° *bis* Au *b* du même 2, le pourcentage : « 40 % » est remplacé par le pourcentage : « 38 % » ;

6° Le même *b* est complété par les mots : « et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 » ;

7° Le même *b* est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. » ;

8° Avant le dernier alinéa, il est inséré un VII ainsi rédigé :

« VII. – Une section consacrée à l'aide à l'investissement. Elle retrace :

« *a*) En ressources, 4 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ;

« *b*) En charges, le financement d'opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1, ainsi que le financement des intérêts des emprunts contractés pour le financement des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 ayant conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12. »

I bis. – Le *a* de l'article L. 14-10-9 du même code est abrogé.

II. – Le chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 113-3 devient l'article L. 113-4 ;

2° Il est rétabli un article L. 113-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 113-3.* – Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie, coordonnent leurs activités au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

« Les conditions de leur fonctionnement répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées. »

III. – Le 2° de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le *a* est ainsi rédigé :

« *a)* Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles une assistance dans les actes quotidiens de la vie ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 du même code ; »

2° Le *b* est complété par les mots : « ; elles attribuent également les financements aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code et s'assurent du respect des cahiers des charges mentionnés respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L. 14-10-5 du même code ».

IV. – Le 3° de l'article L. 1432-6 du même code est complété par les mots : « ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ».

Article 43 ter

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

L'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du troisième alinéa du I est complétée par les mots : « , sur la base d'un rapport public remis chaque année par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 1^{er} octobre » ;

2° *(Supprimé)*

.....

Article 43 sexies

(Texte du Sénat)

I. – À la fin du III de l'article 54 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année : « 2013 ».

II. – Dans le cadre de l'expérimentation prévue au huitième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, un unique groupement de coopération sociale et médico-sociale peut être constitué afin de disposer d'une pharmacie à usage intérieur et d'exercer cette activité pour le compte des établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du même code qui en sont membres, dans les conditions définies par le code de la santé publique.

Article 43 septies

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Un rapport est établi par le Gouvernement et remis au Parlement, dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, sur les écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale entre les différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés par la

mise en œuvre de tarifs plafonds ou de mécanismes de convergence tarifaire.

Un rapport est établi par le Gouvernement et transmis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi sur la procédure d'agrément des conventions collectives dans le secteur social et médico-social prévue en application de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Article 44

(Texte du Sénat)

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

1° Après l'article L. 323-3, il est inséré un article L. 323-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 323-3-1.* – Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du code du travail ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire participe, sous réserve qu'après avis du médecin conseil la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. La caisse fait part de son accord à l'assuré et, le cas échéant, à l'employeur, ce dernier en informant le médecin du travail. » ;

2° Le quatrième alinéa de l'article L. 433-1 est ainsi rédigé :

« L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. »

II. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° La section 1 du chapitre VI du titre II du livre II de la première partie est complétée par un article L. 1226-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1226-1-1.* – Le contrat de travail d'un salarié atteint d'une maladie ou victime d'un accident non professionnel demeure suspendu pendant les périodes au cours desquelles il suit les actions mentionnées à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à ce même article. » ;

2° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1226-7 est ainsi rédigé :

« Le contrat de travail est également suspendu pendant les périodes au cours desquelles le salarié suit les actions mentionnées à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à ce même article, en application du quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du même code. »

Article 45

(Texte du Sénat)

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé à 250 millions d'euros pour l'année 2011. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 296 millions d'euros pour l'année 2011.

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 à 347,71 millions d'euros pour l'année 2011.

III. – *(Suppression maintenue)*

IV. – 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 est fixé à 10 millions d'euros pour l'année 2011.

V. – Le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé est fixé à 151 millions d'euros au titre de leur budget de gestion et à 40 millions d'euros au titre de leurs actions de prévention pour l'année 2011, selon une répartition entre les régimes fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

VI. – Le montant de la subvention de l'assurance maladie à l'Établissement français du sang mentionnée à l'article L. 1222-8 du code de la santé publique est fixé à 35 millions d'euros pour l'année 2011.

VII. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées est fixé à 52 millions d'euros pour l'année 2011, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées.

Article 45 bis A

(Texte du Sénat)

Le troisième alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Le montant de la dotation nationale est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. L'État détermine, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements. »

Article 45 bis B

(Supprimé)

Article 45 bis C

(Supprimé)

Article 45 bis

(Texte du Sénat)

I. – Le dernier alinéa du V de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce bilan d'activité est transmis au Parlement avant le 1^{er} septembre. »

II. – Le VIII de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le rapport annuel mentionné au premier alinéa, ainsi que l'avis de la commission de surveillance du fonds, sont transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 1^{er} octobre de chaque année. »

Article 45 ter

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

L'article 45 ter est ainsi rédigé :

I. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée est ainsi modifié :

1° Le III bis est ainsi rétabli :

« III bis. – Le fonds peut prendre en charge, dans la limite et selon des modalités définies par décret, le coût des ressources de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière. » ;

2° Après le V, il est inséré un V bis ainsi rédigé :

« V bis. – L'attribution des financements relatifs aux actions prévues au II, au III pour les dépenses d'investissements immobiliers dont le montant est inférieur à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé et au III bis est confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret. Ils peuvent être attribués sur une base pluriannuelle.

« Ces financements peuvent être affectés au financement des actions visées par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. » ;

3° Le IV est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « à son profit » sont supprimés ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les sommes prescrites en application des deux alinéas précédents sont restituées aux régimes obligatoires d'assurance maladie. Elles sont versées à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui les répartit entre les régimes dans les conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. »

II. – Après le 5° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés dans des conditions définies par décret. »

III. – Le VI de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les aides du fonds déconcentrées aux agences régionales de santé peuvent être affectées au financement des actions mentionnées au V bis de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000). »

.....

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

.....

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accidents de travail et de maladies professionnelles

Article 49 A

(Supprimé)

.....

Article 49 bis

(Texte du Sénat)

I. – Le dernier alinéa de l'article L. 471-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Il en est de même lorsque la victime se trouvait en situation de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail. » ;

2° La dernière phrase est ainsi rédigée :

« Si, à l'occasion des faits mentionnés au présent alinéa, il est constaté l'un des faits prévus au premier alinéa du présent article, la caisse peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 162-1-14, sans préjudice d'autres sanctions, le cas échéant. »

II. – L'article L. 162-1-14 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est complété par les mots : « ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Au 5°, après le mot : « médical », sont insérés les mots : « ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » ;

b) Le 9° est ainsi rédigé :

« 9° Toute fausse déclaration portée sur la déclaration d'accident du travail ou tout non-respect par les employeurs des obligations relatives à ladite déclaration ou à la remise de la feuille d'accident à la victime ; »

3° À la première phrase du premier alinéa du IV, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » ;

4° La première phrase du premier alinéa du V est complétée par les mots : « ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » ;

5° Le VI est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « ou plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » ;

b) Au second alinéa, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » ;

6° Au 1° du VII, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ».

Article 49 ter

(Texte du Sénat)

Le deuxième alinéa de l'article L. 172-1 du même code est complété par les mots : « , ainsi que les conditions dans lesquelles sont calculés ces droits, lorsque le montant de la pension servie par le régime représente une fraction annuelle des revenus moyens correspondant aux cotisations versées au cours des dix années civiles d'assurance les plus avantageuses ».

Article 49 quater

(Texte du Sénat)

La section 2 du chapitre II du titre II du livre IV du même code est complétée par un article L. 422-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 422-6.* – Des conventions, soumises à l’avis préalable de l’autorité administrative, sont conclues entre les organismes de sécurité sociale compétents et les services de santé au travail mentionnés à l’article L. 4622-7 du code du travail. Elles fixent les modalités des actions conjointes ou complémentaires conduites par les services de santé au travail et les services de prévention des risques professionnels des caisses de sécurité sociale dans le respect de leurs missions respectives. À cet effet, ces services échangent toutes informations utiles au succès de ces actions de prévention à l’exclusion des informations personnelles relatives aux salariés, venues à la connaissance des médecins du travail. »

.....

Article 51 bis

(Texte du Sénat)

Après la première phrase du premier alinéa du III de l’article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Il finance également par un versement aux régimes obligatoires de retraite de base concernés les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite prévus au dernier alinéa du II du présent article avant l’âge fixé par l’article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et par ceux à l’âge de soixante-cinq ans au lieu de l’âge fixé au 1° de l’article L. 351-8 du même code. »

Article 52

(Texte du Sénat)

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 890 millions d'euros pour l'année 2011.

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 340 millions d'euros pour l'année 2011.

Article 52 bis

(Texte du Sénat)

Le montant de la contribution, mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, est fixé à 35 millions d'euros pour l'année 2011.

Article 52 ter

(Texte du Sénat)

Le montant de la dotation de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds national de soutien relatif à la pénibilité prévu au II de l'article 86 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites est fixé à 10 millions d'euros pour l'année 2011.

.....

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Article 54

(Texte du Sénat)

I. – À la seconde phrase du quatrième alinéa de l'article L. 542-2 et du premier alinéa de l'article L. 831-4-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies

antérieurement à la demande » sont remplacés par les mots : « Toutefois, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande » et les mots : « l'allocation est versée dans la limite des trois mois précédant celui » sont remplacés par les mots : « l'allocation est due à compter du premier jour du mois ».

II. – Au début du dernier alinéa du I de l'article L. 351-3-1 du code de la construction et de l'habitation, les mots : « Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la date de la demande, l'aide n'est due que dans la limite des trois mois précédant celui » sont remplacés par les mots : « Lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande, l'aide n'est due qu'à compter du premier jour du mois ».

III. – Le quatrième alinéa de l'article L. 542-2 et le premier alinéa de l'article L. 831-4-1 du code de la sécurité sociale sont complétés par une phrase ainsi rédigée :

« Pour les personnes accueillies dans les établissements sociaux ou médico-sociaux visés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la demande, l'allocation est versée dans la limite des trois mois précédant celui au cours duquel la demande est déposée. »

IV. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 351-3-1 du code de la construction et de l'habitation est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour les personnes accueillies dans les établissements sociaux ou médico-sociaux visés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement à la demande, l'allocation est versée dans la limite des trois mois précédant celui au cours duquel la demande est déposée. »

.....

Article 55 bis A

(Texte du Sénat)

L'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 542-9.* – Les régimes de prestations familiales peuvent accorder :

« 1° À leurs allocataires des prêts destinés à l'amélioration de l'habitat dans des conditions et des limites fixées par décret ;

« 2° Aux assistants maternels, mentionnés aux articles L. 421-1 et L. 424-1 du code de l'action sociale et des familles, des prêts destinés à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant, qu'il soit au domicile de l'assistant maternel ou au sein d'une maison d'assistants maternels, dans des conditions et des limites fixées par décret. »

Article 55 bis B

(Texte du Sénat)

Le chapitre II du titre V du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6152-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6152-7.* – Des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent être prévues dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2014.

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités de ces expérimentations, les établissements qui en sont chargés ainsi que les conditions de leur mise en œuvre et de leur évaluation. »

.....

Article 55 ter

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Le quatrième alinéa de l'article L. 521-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le montant de ce versement ne peut excéder 40 % du montant de la part des allocations familiales afférente à l'enfant. Ce plafond peut être majoré sur demande du président du conseil général. »

Article 55 quater

(Suppression maintenue)

Article 56

(Texte du Sénat)

Pour l'année 2011, les objectifs de dépenses de la branche Famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 55,8 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 55,3 milliards d'euros.

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 57

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. – À l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

« 2° Une partie, fixée par la loi de financement de la sécurité sociale, des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ; ».

II. – En 2011, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

II *bis*. – Après l'article L. 135-3 du même code, il est inséré un article L. 135-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 135-3-1.* – Le fonds est en outre chargé de la mise en réserve de recettes pour le financement des dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° du portant réforme des retraites. Cette mission est suivie au sein d'une nouvelle section qui retrace :

« I. – En recettes :

« 1° Une part fixée au 2° de l'article L. 137-16 de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 ;

« 2° Une part fixée à l'article L. 245-16 des prélèvements mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;

« 3° Les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.

« II. – En dépenses, à partir de 2016, les versements du fonds au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs mentionnés au premier alinéa. Le montant annuel de ces versements est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

« Les excédents constatés chaque année au titre de cette section donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants. »

III. – À la fin de la seconde phrase du V de l'article 80 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, la date : « 1^{er} janvier 2011 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2012 ».

IV. – Au premier alinéa de l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, les références : « aux 4^o et 6^o de » sont remplacées par le mot : « à ».

Article 57 bis

(Texte de l'Assemblée nationale)

I. – Au premier alinéa de l'article L. 173-2 du même code, la référence : « à l'article L. 200-2 » est remplacée par les références : « aux articles L. 200-2, L. 382-15 ».

II. – Le I est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 57 ter

(Texte du Sénat)

Après le deuxième alinéa du I de l'article L. 634-2-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'assuré est informé de cette possibilité chaque année jusqu'à expiration du délai pendant lequel ce versement complémentaire est autorisé. »

Section 6

Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 59

(Suppression maintenue)

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 60

(Texte du Sénat)

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, le bénéficiaire restitué à la caisse les indemnités versées correspondantes.

« En outre, si l'activité mentionnée au 4° a donné lieu à une rémunération, à des revenus professionnels ou à des gains, il peut être prononcé une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14. »

Article 60 bis

(Texte du Sénat)

La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-22-18 du même code est complétée par les mots : « et du caractère réitéré des manquements ».

Article 61

(Texte du Sénat)

L'article L. 114-19 du même code est ainsi modifié :

1° Après le troisième alinéa, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale pour recouvrer les prestations versées indûment à des tiers. » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le refus de déférer à une demande relevant du présent article est puni d'une amende de 7 500 €.

« Ce délit peut faire l'objet de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale prévue aux articles 495 à 495-6 du code de procédure pénale. »

Article 62

(Suppression maintenue)

Article 63

(Texte du Sénat)

I. – L'article L. 133-6-8-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-6-8-1.* – Le travailleur indépendant qui a opté pour le régime prévu à l'article L. 133-6-8 déclare chaque mois, ou au maximum chaque trimestre, son chiffre d'affaires ou de recettes, y compris lorsque leur montant est nul. Les modalités d'application des dispositions prévues aux chapitres III et IV du titre IV du livre II, et notamment les majorations et pénalités applicables en cas de défaut ou de retard de déclaration, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« Lorsqu'il déclare un montant de chiffres d'affaires ou de recettes nul pendant une période de vingt-quatre mois civils ou de huit trimestres civils consécutifs, le travailleur indépendant perd le bénéfice du régime. »

II. – Le I est applicable à compter du 1^{er} janvier 2011.

Article 65

(Texte du Sénat)

Au 5° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé » sont remplacés par les mots : « est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et à l'article L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées ».

Article 66

(Suppression maintenue)

Article 66 bis

(Texte du Sénat)

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

1° Après le VII de l'article L. 162-1-14, il est inséré un VII *bis* ainsi rédigé :

« VII *bis*. – Les pénalités prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire. » ;

2° Après le neuvième alinéa de l'article L. 162-1-14-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les sanctions prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire. » ;

3° L'article L. 162-1-14-2 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 162-1-14, », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « pénalité qui est notifiée dans les conditions prévues au même article » ;

b) La première phrase du troisième alinéa est ainsi rédigée :

« Le montant de cette pénalité est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. » ;

4° Après le II de l'article L. 162-1-15, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – La décision mentionnée au premier alinéa est notifiée après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire. »

II. – Le I est applicable à compter de la publication des textes réglementaires pris pour son application et au plus tard à compter du 1^{er} juillet 2011.

.....

Article 71

(Texte de l'Assemblée nationale)

L'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse est complété par les mots : « sous réserve de l'application des articles L. 815-11, L. 815-12 et R. 115-6 du code de la sécurité sociale ».

ANNEXES

ANNEXE A

ANNEXE B

Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base 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 les quatre années à venir

Hypothèses d'évolution moyenne sur la période 2011-2014

(En %)

	2010	2011	2012	2013	2014
Produit intérieur brut en volume	1,5	2,0	2,5	2,5	2,5
Masse salariale privée	2,0	2,9	4,5	4,5	4,5
Inflation.....	1,5	1,5	1,75	1,75	1,75
Objectif national de dépenses d'assurance maladie (en valeur, <i>en milliards d'euros</i>).....	162,4	167,1	171,8	176,6	181,6

Les recettes, les dépenses et le solde des régimes de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement sont influencés par l'environnement économique général. Les projections quadriennales des comptes de ces régimes et fonds à l'horizon 2014, présentées dans la présente annexe, sont fondées sur des hypothèses macro-économiques identiques à celles retenues dans le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 et dans le programme de stabilité 2010-2013 transmis par le Gouvernement à la Commission européenne le 1^{er} février 2010.

Alors que l'année 2009 a été la plus défavorable en termes de croissance depuis la seconde guerre mondiale, avec une diminution de 2,6 % du produit intérieur brut (PIB) en volume, le scénario macro-économique sous-jacent aux projections quadriennales prévoit une reprise progressive de la croissance à partir de 2010. Le PIB en volume progresserait de 1,5 % en 2010, puis de 2 % en 2011 et de 2,5 % de 2012 à 2014. La masse salariale du secteur privé, principale assiette des recettes de la sécurité sociale, suivrait la reprise de l'activité économique et de l'emploi avec un certain décalage en 2010 et 2011, puis rattraperait une partie de son retard sur le PIB à partir de 2012 : la masse salariale du

champ ACOSS progresserait en valeur de 2 % en 2010 et de 2,9 % en 2011, puis de 4,5 % de 2012 à 2014, soit un quart de point de croissance de plus que le PIB durant ces trois années. Ce scénario est donc réaliste en ce qu'il traduit un rattrapage très partiel des pertes considérables de croissance enregistrées en 2009 et au cours de la première partie de l'année 2010.

Le cheminement des comptes des régimes de sécurité sociale décrit dans les projections quadriennales présentées dans la présente annexe est conforme à la trajectoire annoncée par le Gouvernement dans le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, à savoir la limitation du déficit des administrations publiques en deçà de 3 % du PIB en 2013 et de 2 % du PIB en 2014. Pour les administrations de sécurité sociale – ensemble formé des régimes de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement, des régimes d'indemnisation du chômage, des régimes obligatoires de retraite complémentaire et des hôpitaux publics –, ce scénario implique un redressement rapide, leur solde devant passer de -1,7 % du PIB en 2010 à -0,8 % en 2013 et à -0,5 % en 2014. C'est là un objectif très ambitieux eu égard à l'inertie de la dépense sociale, particulièrement dans les temps présents où elle subit des pressions à la hausse du fait du vieillissement progressif de la population.

La réalisation de cette cible de redressement des soldes des comptes sociaux à l'horizon 2014 constituera une étape vers l'atteinte d'un objectif plus général : le retour le plus rapide possible à l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale, sous la contrainte de préserver les ressorts de la croissance économique. Les années 2011 à 2014 doivent donc être mises à profit pour préparer les conditions économiques générales et mettre en place les incitations aux acteurs du système de protection sociale qui permettent de poursuivre le redressement des comptes sociaux au-delà de 2014. Le renforcement des efforts de maîtrise des dépenses sociales, afin qu'elles continuent à rendre aux Français des services de qualité pour un coût sans cesse réduit, sera à cet égard décisif (I). En outre, la stratégie de redressement des comptes sociaux sera complétée par des actions visant à sécuriser les recettes sociales (II). Enfin, cette stratégie pourra produire ses effets d'autant plus rapidement qu'elle reposera sur une situation assainie de la sécurité sociale en termes d'endettement (III).

I. – Une maîtrise accrue des dépenses sociales

L'amélioration significative de la situation financière du régime général sera due en majeure partie à un ralentissement important des dépenses. La projection quadriennale des comptes du régime général reprend l'objectif de dépenses retenu pour hypothèse sous-jacente à la

trajectoire du I de l'article 8 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 qui prévoit en effet une croissance annuelle moyenne des dépenses du régime de 3,3 % entre 2010 et 2014, inférieure en volume de près d'un point à celle du produit intérieur brut.

L'amélioration de la situation de la branche Vieillesse reposera pour une part essentielle sur une correction significative de la trajectoire tendancielle des dépenses de retraite. L'élévation de l'âge de la retraite constituera à cet égard le levier essentiel, ce d'autant plus qu'il permet de répartir de la façon la plus équitable possible entre générations l'effort d'adaptation de nos régimes de retraite aux changements démographiques.

La projection quadriennale des comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, présentée dans les tableaux ci-dessous, fait état d'un déficit de cette branche en 2014 certes plus faible qu'en 2010, mais encore important (7,7 milliards d'euros). Ce résultat ne doit cependant pas masquer l'effort de redressement auquel la réforme des retraites contribuera, qui peut être évalué à 10 milliards d'euros à l'horizon 2014 en écart à la trajectoire tendancielle des dépenses de retraite, c'est-à-dire en l'absence de réforme.

En outre, la réforme des retraites, qui vise à assurer l'équilibre financier du système de retraite par répartition à l'horizon 2018, anticipe le traitement des déficits de la branche Vieillesse du régime général sur la période de montée en charge de la réforme. Aussi, le présent projet de loi de financement prévoit le financement de l'amortissement par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits de la branche Vieillesse du régime général ainsi que du fonds de solidarité vieillesse, et ce grâce à la mobilisation des ressources et des actifs du Fonds de réserve pour les retraites. Par conséquent, puisque le déficit de la branche Vieillesse fait l'objet d'une gestion spécifique jusqu'à 2018 (*cf. infra*), le redressement financier du régime général de la sécurité sociale est plus fidèlement reflété par l'évolution du déficit hors branche Vieillesse : celui-ci passerait de 14,5 milliards d'euros en 2010 à 7,6 milliards d'euros en 2014, soit presque une réduction de moitié.

Ce résultat découle directement des perspectives d'évolution des dépenses d'assurance maladie décrites dans la projection quadriennale des comptes des régimes de sécurité sociale présentée ci-dessous. Conformément aux objectifs fixés par le Président de la République lors de la deuxième conférence des déficits publics du 20 mai 2010, la projection retient l'hypothèse d'un strict respect en 2010 de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement à

l'automne 2009, en progression de 3 % par rapport à 2009, suivi d'une progression de 2,9 % en 2011 et de 2,8 % en 2012. Par ailleurs, le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 prolonge ce rythme de progression ralentie de l'ONDAM à 2,8 % par an pour les années 2013 et 2014.

Il s'agit d'un objectif ambitieux, si l'on en juge par l'observation du passé, au cours duquel jamais la dépense d'assurance maladie n'a progressé à un rythme inférieur à 3 % deux années de suite. L'année 2010 marquera à cet égard un tournant, avec une croissance de l'ONDAM particulièrement modérée (+3 %) qui permettra le strict respect de l'objectif de dépenses voté par le Parlement à l'automne 2009, pour la première fois depuis 1997.

Les objectifs fixés en matière d'assurance maladie consistent donc à stabiliser la progression des dépenses au rythme très modéré qu'elles connaissent actuellement, sans remettre en cause le haut niveau de qualité des soins. En particulier, les outils créés par la réforme de l'assurance maladie de 2004, notamment la maîtrise médicalisée des dépenses de santé négociée avec les représentants des professionnels de santé, et la mise en œuvre depuis 2004 de la tarification à l'activité des établissements de santé, ont permis de modifier durablement les comportements en matière de recours aux soins des assurés et de production de soins des offreurs. Ces changements de comportements se reflètent dans le ralentissement très significatif du rythme d'évolution des dépenses d'assurance maladie depuis 2005, d'autant plus remarquable qu'il intervient dans le contexte des pressions à la hausse qu'exerce le vieillissement de la population sur les dépenses. Partant il est vrai d'un niveau élevé, la France est ainsi l'un des pays membres de l'OCDE dans lesquels la croissance des dépenses publiques de santé est la plus faible depuis 2005 : +1,1 % en euros constants, contre +1,8 % en Allemagne et +3,9 % au Royaume-Uni.

Un calcul simple montre l'ampleur des efforts qu'il faudra déployer pour respecter l'ONDAM au cours des prochaines années. Partant d'une estimation à 4,2 % de la croissance tendancielle des dépenses d'assurance maladie – en l'absence de mesures de maîtrise –, et d'une base des dépenses sous ONDAM d'environ 160 milliards d'euros, limiter la progression des dépenses à 2,8 % requiert de réaliser 2,3 milliards d'euros d'économies chaque année, et davantage encore si la construction de l'ONDAM comporte des mesures positives en matière de prise en charge des soins ou de revalorisations des tarifs des actes pratiqués par les professionnels de santé.

Ainsi, en 2011, le respect de l'ONDAM proposé à 167,1 milliards d'euros, en progression de 2,9 % par rapport à 2010, impose de réaliser, en écart à l'évolution tendancielle des dépenses, un montant d'économies de 2,1 milliards d'euros. Compte tenu de l'effet report des mesures mises en œuvre en 2010 et des provisions à constituer au titre des revalorisations prévues en 2011 des tarifs de certaines professions de santé (médecins généralistes, sages-femmes, dentistes, transports) et de marges prudentielles, ce sont en réalité 2,4 milliards d'euros d'économies qui devront être réalisées. Les annexes 7 et 9 au projet de loi détaillent la répartition de ces mesures d'atténuation des dépenses entre les différents sous-objectifs de l'ONDAM.

Sur la période considérée, l'atteinte de ces objectifs d'économies passera par la mobilisation de différents outils :

Premier levier d'économies, une action systématique d'adaptation des prix et tarifs des différents offreurs et producteurs de soins au travers :

- d'une adaptation des prix des produits de santé, permettant à l'assurance maladie de bénéficier d'économies liées à leur cycle de vie ;

- d'un ajustement des tarifs des actes médicaux permis par les gains de productivité réalisés par certaines professions médicales ;

- de nouvelles étapes de convergences ciblées de la tarification hospitalière.

Ces outils de tarification devront également être mobilisés pour orienter les évolutions de l'organisation des soins, en particulier favoriser des prises en charge à domicile moins coûteuses (dialyse, chimiothérapie) et inciter au développement de la chirurgie ambulatoire.

Deuxième levier d'économies, le déploiement de la politique de maîtrise médicalisée des dépenses et de gestion du risque sur l'ensemble des segments de l'offre de soins, ambulatoire, hospitalier et secteur médico-social.

Les actions de sensibilisation, d'accompagnement et de contrôle des prescripteurs devront permettre de lutter contre les disparités de prise en charge et le non-respect des référentiels scientifiques, source de dépenses injustifiées. Elles s'appuieront également sur le développement d'incitations à la performance, sur le modèle du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) auquel adhèrent aujourd'hui près de 15 000 médecins généralistes. Les programmes nationaux de gestion du

risque, mis en œuvre par l'assurance maladie et intégrés dans les programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque des agences régionales de santé (ARS) déclineront l'ensemble de ces dispositifs.

Troisième levier, l'amélioration de l'organisation des soins, à la fois au sein de chaque type d'offreur de soins, mais aussi au travers des passerelles entre ces différents champs. L'amélioration de la performance hospitalière (gestion des achats, organisation interne...), la structuration de l'offre de soins ambulatoires avec notamment le développement de maisons de santé pluri-professionnelles ainsi que le développement de parcours de soins constitueront des priorités d'action pour les ARS.

La fixation d'objectifs rigoureux de progression des dépenses d'assurance maladie impose également d'améliorer les outils et les procédures de suivi et de régulation de l'exécution de l'ONDAM. À cet égard, le Gouvernement entend mettre en œuvre l'intégralité des propositions de M. Raoul Briet dans son rapport sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie remis au Président de la République en mai 2010. Ces propositions comportent notamment :

- l'augmentation du nombre d'avis émis par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie prévu à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, et l'attribution à ce comité d'une mission d'expertise externe sur les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM avant le vote de la loi de financement de la sécurité sociale ; en outre, le seuil d'alerte sera progressivement abaissé à 0,5 % de l'objectif voté, contre 0,75 % actuellement ;

- la création d'un comité de pilotage de l'ONDAM, chargé du pilotage intégré de l'ensemble des secteurs de l'ONDAM, regroupant les directeurs d'administration centrale ou d'organismes chargés de la gestion des risques maladie, et présidé en certaines occasions par les ministres chargés de la santé et des comptes publics ; il est assisté d'un groupe de suivi statistique qui centralise les informations disponibles sur l'évolution conjoncturelle des dépenses d'assurance maladie ;

- l'instauration de mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année des dotations s'apparentant à des crédits budgétaires, les décisions de dégel total ou partiel, ou d'annulation, étant prises en cours d'année par le comité de pilotage ; le III de l'article 8 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 met en œuvre cette préconisation ; cette mesure a été appliquée par anticipation dès cette année afin d'assurer le respect de l'ONDAM 2010 : plus de

500 millions d'euros de crédits ont été mis en réserve à cet effet et il est prévu une mise en réserve de 530 millions d'euros de crédits en 2011 ;

– le renforcement du caractère pluriannuel de la programmation de l'ONDAM : le II du même article 8 fixe le montant en niveau de l'ONDAM pour chaque année de la période de programmation ;

– l'enrichissement de l'information du Parlement sur l'exécution de l'ONDAM de l'année en cours et sur les hypothèses techniques faites pour la construction de l'ONDAM de l'année à venir : le présent projet de loi comporte d'ores et déjà un approfondissement des données et commentaires habituellement fournis dans l'annexe 7, anticipant ainsi sur l'enrichissement de son contenu apporté par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale.

II. – Un effort accru de sécurisation des recettes de la sécurité sociale

La stratégie de redressement des comptes de la sécurité sociale présentée dans la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 comporte des engagements importants en matière de dynamique des recettes sociales, nécessaire pour assurer la préservation du haut niveau de protection sociale dont bénéficient les Français. La projection associée au présent projet de loi de financement fait état d'une progression moyenne de 4,1 % par an des produits nets du régime général. Cette évolution découle notamment des hypothèses macro-économiques retenues dans les projections qui accompagnent le présent projet de loi de financement, et de celle relative à la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources de la sécurité sociale, caractérisées par une accélération progressive de la croissance de l'activité économique (cf. *supra*).

Au-delà de la dynamique propre des ressources du régime général, la réforme des retraites comporte un volet « recettes » important, avec l'affectation au fonds de solidarité vieillesse de produits supplémentaires pour un montant de 4,3 milliards d'euros en 2014 : ces mesures permettront la prise en charge par le fonds de solidarité vieillesse de dépenses de solidarité aujourd'hui supportées par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). La CNAV bénéficiera également du surcroît de cotisations liées aux rémunérations versées aux salariés qui seront appelés à prolonger leur activité. Malgré l'affectation de ressources dont le produit, initialement destiné à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, ira en s'amenuisant, la branche Famille bénéficiera, comme les autres branches,

de l'affectation définitive à la sécurité sociale de recettes fiscales compensant jusqu'alors la réduction générale des cotisations sociales. La politique familiale devra en outre être définie au regard du cadre décrit dans les perspectives à long terme présentées par le Haut Conseil de la famille, qui ne prévoient pour la branche Famille de retour à l'équilibre qu'en 2017 et à une situation financière créditrice qu'en 2024.

Par ailleurs, il est prévu en 2011 un relèvement de 0,1 point du taux de cotisation des employeurs au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui permettra le retour à l'équilibre de cette branche puis le financement de la mesure positive liée à la prise en charge de la pénibilité, décidée dans le cadre de la réforme des retraites. Ainsi, les comptes de la branche reflèteront-ils plus fidèlement sa vocation assurantielle, qui commande que les contributions des employeurs soient effectivement calibrées à l'équilibre avec les coûts de l'indemnisation des sinistres.

D'une façon plus générale, le sentier de redressement des comptes du régime général à l'horizon 2014 prévoit la poursuite de la stratégie de réduction des dispositifs d'exemption et d'exonération des cotisations sociales (« niches sociales »). La projection quadriennale associée au projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 retient ainsi l'hypothèse d'un montant annuel de 3 milliards d'euros de ressources supplémentaires sur la période 2012-2014 au moyen de la réduction des « niches fiscales et sociales », dont le volet social permettra d'améliorer le financement de la sécurité sociale. Au-delà de leur impact en termes de réduction du déficit du régime général, ces mesures permettront d'améliorer l'équité et la lisibilité du prélèvement social, en dissuadant les comportements d'optimisation des cotisants.

III. – Les reprises de dette et la gestion des déficits de la branche Vieillesse du régime général et du fonds de solidarité vieillesse jusqu'en 2018

Les déficits cumulés des exercices 2009 et 2010 pour le régime général et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) devraient atteindre près de 51 milliards d'euros, soit un niveau sans précédent en raison notamment de l'impact très négatif de la crise économique sur les recettes de la sécurité sociale.

Les organismes de sécurité sociale n'ont pas la possibilité de gérer des encours de dettes importants et permanents, ce d'autant moins que les dépenses sociales d'une année sont des dépenses courantes qui doivent être

financées au moyen de recettes prélevées au cours de la même année. Dans ce contexte, une solution doit être trouvée aux difficultés créées par l'importance des déficits accumulés par la sécurité sociale en 2009 et 2010 (respectivement 20,3 et 23,1 milliards d'euros pour le régime général).

Le schéma de reprise de dette portée par le présent projet de loi repose sur un allongement, à la fois limité et encadré, de la durée de vie de la CADES, permis par le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale en cours d'examen par le Parlement. Cet allongement limité s'accompagne d'un apport important de ressources à la caisse. Ainsi pourra être assurée la reprise des déficits cumulés du régime général et du FSV sur les exercices 2009 et 2010, ainsi que des déficits prévisionnels 2011 des branches Maladie et Famille du régime général, soit un total prévisionnel maximal de 68 milliards d'euros.

Par ailleurs, le traitement durable de la dette requiert la réduction des déficits courants du régime général, grâce à la mise en œuvre progressive de réformes structurelles. Dans la phase de montée en charge de la réforme des retraites, afin d'apporter une solution globale aux besoins de financement de la branche Vieillesse, le Gouvernement a d'ores et déjà prévu, dans la limite de 62 milliards d'euros, les modalités de reprise des dettes de cette dernière et du fonds de solidarité vieillesse sur la période 2011-2018. Les ressources et les actifs du Fonds de réserve pour les retraites seront mobilisés à cet effet.

Au total, le transfert annoncé de 130 milliards d'euros de dette sociale à la CADES, qui verra ainsi plus que doubler son objectif d'amortissement, contribuera, sur la période couverte par la loi de programmation, à redonner des bases saines au pilotage des finances sociales et à soulager significativement les besoins de trésorerie de l'ACOSS.

Régime général

(En milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Maladie							
Recettes	140,7	139,7	143,2	147,8	154,1	160,2	167,0
Dépenses	145,2	150,3	154,6	159,3	164,0	169,2	174,6
Solde	-4,4	-10,6	-11,4	-11,5	-9,9	-9,0	-7,6
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes	10,8	10,4	10,9	11,7	12,2	12,6	13,2
Dépenses	10,5	11,1	11,3	11,6	11,9	12,1	12,4
Solde	0,2	-0,7	-0,5	0,1	0,3	0,5	0,8
Famille							
Recettes	57,2	56,1	50,7	52,6	54,3	56,0	57,9
Dépenses	57,5	57,9	53,3	55,3	56,9	58,6	60,2
Solde	-0,3	-1,8	-2,6	-2,7	-2,6	-2,7	-2,3
Vieillesse							
Recettes	89,5	91,5	93,8	100,0	103,6	107,6	112,1
Dépenses	95,1	98,7	102,4	106,8	110,7	115,3	119,4
Solde	-5,6	-7,2	-8,6	-6,9	-7,1	-7,7	-7,3
Toutes branches consolidé							
Recettes	293,1	292,4	293,3	306,6	318,7	330,6	344,2
Dépenses	303,3	312,7	316,5	327,6	337,9	349,4	360,5
Solde	-10,2	-20,3	-23,1	-20,9	-19,2	-18,8	-16,3

Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Maladie							
Recettes	164,0	163,2	167,1	172,2	179,5	186,6	194,5
Dépenses	168,1	173,6	178,4	183,5	189,3	195,4	201,8
Solde	-4,1	-10,4	-11,2	-11,3	-9,8	-8,8	-7,3
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes	12,3	11,8	12,2	13,1	13,6	14,0	14,6
Dépenses	12,1	12,5	12,7	13,0	13,2	13,4	13,7
Solde	0,2	-0,6	-0,4	0,1	0,4	0,5	0,9
Famille							
Recettes	57,7	56,6	51,2	53,1	54,8	56,5	58,4
Dépenses	58,0	58,4	53,8	55,8	57,4	59,1	60,8
Solde	-0,3	-1,8	-2,6	-2,7	-2,6	-2,7	-2,3
Vièllesse							
Recettes	175,3	179,4	184,0	193,7	199,4	205,5	212,1
Dépenses	180,9	188,4	194,6	202,3	208,0	214,7	221,1
Solde	-5,6	-8,9	-10,5	-8,5	-8,6	-9,2	-9,0
Toutes branches consolidé							
Recettes	404,2	405,6	409,3	426,6	441,6	456,7	473,6
Dépenses	414,0	427,3	434,1	449,0	462,2	476,8	491,3
Solde	-9,7	-21,7	-24,8	-22,4	-20,6	-20,2	-17,7

Fonds de solidarité vièllesse

(En milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes	15,4	12,9	13,3	18,0	18,7	19,4	20,5
Dépenses	14,5	16,0	17,6	21,9	22,5	22,7	23,1
Solde	0,8	-3,2	-4,3	-3,9	-3,8	-3,3	-2,6

ANNEXE C

État des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général de sécurité sociale ainsi que des recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale

1. Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2009

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	73,4	94,9	31,9	8,7	209,0
Cotisations fictives	1,0	38,3	0,1	0,3	39,7
Cotisations prises en charge par l'État	1,7	1,5	0,7	0,0	3,9
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	1,1	0,0	0,3	0,0	1,4
Contributions publiques	0,4	6,4	6,5	0,1	13,3
Impôts et taxes affectées.....	80,5	15,6	16,2	2,1	114,4
<i>Dont contribution sociale généralisée.....</i>	<i>58,3</i>	<i>0,0</i>	<i>12,0</i>	<i>0,0</i>	<i>70,3</i>
Transferts reçus	2,1	21,0	0,0	0,1	17,7
Revenus des capitaux	0,0	0,7	0,0	0,0	0,8
Autres ressources.....	3,0	1,0	0,8	0,6	5,4
Total par branche.....	163,2	179,4	56,6	11,8	405,6

Exercice 2010 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives.....	75,5	98,5	32,7	9,1	215,7
Cotisations fictives.....	1,0	38,3	0,1	0,3	39,8
Cotisations prises en charge par l'État	1,8	1,5	0,7	0,1	4,1
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,3	0,0	0,3	0,0	1,7
Contributions publiques.....	0,1	6,5	0,0	0,1	6,7
Impôts et taxes affectées	82,1	15,6	16,5	2,2	116,5
<i>Dont contribution sociale généralisée</i>	<i>59,0</i>	<i>0,0</i>	<i>12,1</i>	<i>0,0</i>	<i>71,1</i>
Transferts reçus.....	2,2	22,3	0,0	0,1	19,3
Revenus des capitaux.....	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6
Autres ressources.....	3,0	0,7	0,8	0,5	5,0
Total par branche	167,1	184,0	51,2	12,2	409,3

Exercice 2011 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives.....	78,4	101,4	33,9	11,7	225,4
Cotisations fictives.....	1,1	39,7	0,1	0,3	41,3
Cotisations prises en charge par l'État.....	1,5	1,3	0,6	0,1	3,4
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,4	0,0	0,3	0,0	1,8
Contributions publiques.....	0,1	7,1	0,0	0,1	7,2
Impôts et taxes affectées.....	84,7	16,0	17,3	0,4	118,4
<i>Dont contribution sociale généralisée</i>	<i>60,6</i>	<i>0,0</i>	<i>9,2</i>	<i>0,0</i>	<i>69,9</i>
Transferts reçus.....	2,4	26,8	0,0	0,1	23,7
Revenus des capitaux.....	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6
Autres ressources.....	2,7	0,7	0,8	0,5	4,7
Total par branche	172,2	193,7	53,1	13,1	426,6

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

2. Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

Exercice 2009

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives.....	65,5	61,0	31,7	8,0	166,2
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État.....	1,5	1,2	0,7	0,0	3,4
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	1,1	0,0	0,3	0,0	1,4
Contributions publiques.....	0,4	0,0	6,5	0,0	6,9
Impôts et taxes affectées	66,3	10,1	16,1	1,9	94,5
<i>Dont contribution sociale généralisée.....</i>	<i>50,9</i>	<i>0,0</i>	<i>12,0</i>	<i>0,0</i>	<i>62,8</i>
Transferts reçus	2,3	18,9	0,0	0,0	15,9
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources.....	2,6	0,3	0,7	0,5	4,1
Total par branche.....	139,7	91,5	56,1	10,4	292,4

Exercice 2010 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	67,5	62,1	32,4	8,3	170,3
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	1,5	1,2	0,7	0,0	3,4
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	1,3	0,0	0,3	0,0	1,7
Contributions publiques	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Impôts et taxes affectées.....	67,6	10,0	16,5	2,1	96,2
<i>Dont contribution sociale généralisée.....</i>	<i>51,1</i>	<i>0,0</i>	<i>12,1</i>	<i>0,0</i>	<i>63,2</i>
Transferts reçus	2,5	20,2	0,0	0,0	17,5
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources.....	2,6	0,2	0,7	0,4	4,0
Total par branche.....	143,2	93,8	50,7	10,9	293,3

Exercice 2011 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	70,2	64,5	33,6	11,0	179,3
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	1,1	1,0	0,6	0,0	2,7
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	1,4	0,0	0,3	0,0	1,8
Contributions publiques	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Impôts et taxes affectées.....	70,4	10,2	17,3	0,2	98,0
<i>Dont contribution sociale généralisée.....</i>	<i>52,7</i>	<i>0,0</i>	<i>9,2</i>	<i>0,0</i>	<i>61,9</i>
Transferts reçus	2,2	24,1	0,0	0,0	20,9
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources.....	2,4	0,2	0,8	0,4	3,8
Total par branche.....	147,8	100,0	52,6	11,7	306,6

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

3. Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2009

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives.....	0,0
Cotisations fictives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État.....	0,0
Contributions publiques.....	0,0
Impôts et taxes affectées.....	10,0
<i>Dont contribution sociale généralisée.....</i>	<i>9,1</i>
Transferts reçus	2,9
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources.....	0,0
Total	12,9

Exercice 2010 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives.....	0,0
Cotisations fictives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État.....	0,0
Contributions publiques.....	0,0
Impôts et taxes affectées.....	9,7
<i>Dont contribution sociale généralisée.....</i>	<i>9,3</i>
Transferts reçus	3,6
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources.....	0,0
Total	13,3

Exercice 2011 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives.....	0,0
Cotisations fictives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État.....	0,0
Contributions publiques.....	0,0
Impôts et taxes affectées.....	13,6
<i>Dont contribution sociale généralisée</i>	9,5
Transferts reçus	4,4
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources	0,0
Total	18,0