



N° 302

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2012.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2013* (n° 287)

TOME VI

TABLEAU COMPARATIF
ET AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION

PAR MM. GÉRARD BAPT, CHRISTIAN PAUL, MME MARTINE PINVILLE,
M. MICHEL ISSINDOU ET MME GENEVIÈVE LEVY,

Députés.

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 à 6, 8, 9, 11 à 36, 75 et 76** figurent dans le rapport de M. Gérard Bapt, sur les recettes et l'équilibre général (n° 302, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **7, 10, 37 à 51, 56 à 59 et 65 à 70** figurent dans le rapport de M. Christian Paul, sur l'assurance maladie et les accidents du travail (n° 302, tome II).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **52 à 55** figurent dans le rapport de Mme Martine Pinville, sur le secteur médico-social (n° 302, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **60 à 64, 73 et 74** figurent dans le rapport de M. Michel Issindou, sur l'assurance vieillesse (n° 302, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **71 et 72** figurent dans le rapport de Mme Geneviève Levy, sur la famille (n° 302, tome V).

Le tableau comparatif et l'annexe consacrée aux amendements examinés en commission figurent dans le fascicule n° 302, tome VI.

SOMMAIRE

	Pages
TABLEAU COMPARATIF	5
ANNEXE 1 : TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI	233
ANNEXE 2 : RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI	241
ANNEXE 3 : DISPOSITIONS EN VIGUEUR COMPORTANT DES TABLEAUX	255
AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION	257

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
	<p data-bbox="455 396 744 440">Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013</p> <p data-bbox="503 469 695 495">PREMIÈRE PARTIE</p> <p data-bbox="455 542 744 586">DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2011</p> <p data-bbox="555 640 644 666">Article 1^{er}</p> <p data-bbox="434 691 768 735">Au titre de l'exercice 2011, sont approuvés :</p> <p data-bbox="434 738 768 808">1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : Cf. tableau en annexe 1</p> <p data-bbox="434 859 768 928">2° Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale : Cf. tableau en annexe 1</p> <p data-bbox="434 979 768 1081">3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : Cf. tableau en annexe 1</p> <p data-bbox="434 1132 768 1233">4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 166,3 milliards d'euros ;</p> <p data-bbox="434 1252 768 1321">5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;</p> <p data-bbox="434 1350 768 1419">6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, s'élevant à 0,4 milliard d'euros ;</p> <p data-bbox="434 1448 768 1517">7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 11,7 milliards d'euros.</p>	<p data-bbox="800 396 1089 440">Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013</p> <p data-bbox="848 469 1041 495">PREMIÈRE PARTIE</p> <p data-bbox="800 542 1089 586">DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2011</p> <p data-bbox="900 640 989 666">Article 1^{er}</p> <p data-bbox="869 691 1020 717">Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 245-16. – I. – Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 5,4 %.</p> <p>II. – Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :</p> <p>– 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 ;</p> <p>– une part correspondant à un taux de 1,3 % à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ;</p>	<p>Article 2</p> <p>Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2011, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2011 figurant à l'article 1^{er}.</p> <p>DEUXIÈME PARTIE</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2012</p> <p>Section 1 Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale</p> <p>Article 3</p> <p>I. – L'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>A. – Au I, le taux : « 5,4 % » est remplacé par le taux : « 4,6 % »</p> <p>B. – Le II est ainsi modifié :</p> <p>1° Au deuxième alinéa, le taux : « 0,3 % » est remplacé par le taux : « 0,1 % » et les mots : « , dont une part correspondant à un taux de 0,2 % à la section mentionnée à l'article L. 135-3-1 » sont supprimés ;</p>	<p>Article 2</p> <p>Est ...</p> <p>... prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés ...</p> <p>... l'article 1^{er}.</p> <p>Amendement AS 204</p> <p>DEUXIÈME PARTIE</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2012</p> <p>Section 1 Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale</p> <p>Article 3</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
– une part correspondant à un taux de 2,9 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;	2° Au quatrième alinéa, le taux : « 2,9 % » est remplacé par le taux : « 2,75 % » ;	
– une part correspondant à un taux de 0,6 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	3° Au cinquième alinéa, le taux : « 0,6 % » est remplacé par le taux : « 0,15 % ».	
– une part correspondant à un taux de 0,3 % à la Caisse nationale des allocations familiales.		
Code général des impôts		
Livres I ^{er}		
Assiette et liquidation de l'impôt		
Deuxième partie		
Impositions perçues au profit des collectivités locales et de divers organismes		
Titre III		
Impositions perçues au profit de certains établissements publics et d'organismes divers		
Chapitre I ^{er}		
Impôts directs et taxes assimilées		
Section 0I		
Contributions et prélèvements perçus au profit d'organismes divers concourant au financement de la protection sociale et au remboursement de la dette sociale	II. – Il est inséré dans la section 0I du chapitre I ^{er} du titre III de la deuxième partie du livre I ^{er} du code général des impôts, après l'article 1600-0-R, un VI intitulé : « Prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement » comprenant un article 1600-0 S ainsi rédigé :	
	« Art. 1600-0 S. – I. – Il est institué :	
	« 1° Un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale ;	
	« 2° Un prélèvement de solidarité sur les produits de placement mentionnés à l'article L. 136-7 du même code.	
	« II. – Le prélèvement de solidarité mentionné au 1° du I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.	
	« Le prélèvement de solidarité mentionné au 2° du I est assis, contrôlé et	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code de la construction et de l'habitation</p> <p>Art. L. 351-7. – Les recettes du Fonds national d'aide au logement sont constituées notamment par :</p> <p>a) Des dotations de l'État ;</p> <p>b) Le produit des prélèvements mis à la charge des employeurs en application des 1° et 2° de l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>c) Des contributions des régimes de prestations familiales.</p> <p>La contribution annuelle de chaque régime de prestations familiales est égale au montant des prestations qui auraient été versées par eux au titre de l'allocation de logement familiale et de la prime de déménagement. Cette contribution peut être calculée au moyen de formules forfaitaires selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État ;</p> <p>d) Une fraction de 1,48 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ; cette fraction est perçue par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et affectée au Fonds national d'aide au logement.</p>	<p>recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.</p> <p>« III. – Le taux des prélèvements de solidarité mentionnés au I est fixé à 1,9 %.</p> <p>« IV. – Le produit des prélèvements de solidarité mentionnés au I est affecté à hauteur de :</p> <p>« 1° 1,45 point au fonds mentionné à l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>« 2° 0,45 point au fonds mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation. »</p> <p>III. – Le d) de l'article L. 351-7 du code de la construction et de l'habitation est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« d) La part fixée au IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts du produit des prélèvements de solidarité mentionnés à ce même article. »</p>	<p>« d) La part fixée au 2° du IV ...</p> <p>... ar-</p> <p>ticle. »</p>

Amendement AS 208

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>L'État assure l'équilibre des recettes et des dépenses du fonds national d'aide au logement.</p>	<p>IV. – Le premier alinéa du III de l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p><i>IV. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</i></p>
<p>Code de l'action sociale et des familles</p>		<p><i>1° L'article L. 262-24 est ainsi modifié :</i></p>
<p>Art. L. 262-24. – I. –</p>	<p>III. – « Les recettes du fonds national des solidarités actives sont notamment constituées par la part fixée au IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts du produit des prélèvements de solidarité mentionnés à ce même article. »</p>	<p><i>a) Le premier alinéa du III est ainsi rédigé :</i></p>
<p>III. – Les recettes du fonds national des solidarités actives sont, notamment, constituées par une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sont passibles des mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 1,1 % et ne peut l'excéder. Ce taux sera diminué, au vu de l'effet du plafonnement institué par la loi de finances pour 2009, du montant cumulé de l'avantage en impôt pouvant être retiré par un contribuable de l'application de dépenses fiscales propres à l'impôt sur le revenu.</p>		<p>Amendement AS 210</p>
<p>L'État assure l'équilibre du fonds national des solidarités actives en dépenses et en recettes.</p>		<p>III. – « Les recettes au 1° du</p>
<p>IV. – Le Gouvernement dépose annuellement au Parlement, avant le dépôt du projet de loi de finances afférent à l'exercice suivant, un rapport faisant état de la mise en œuvre du revenu de solidarité active, du produit des contributions définies au premier alinéa du III, du produit du plafonnement du montant cumulé de l'avantage en impôt pouvant être retiré par un contribuable de dépenses fiscales propres à l'impôt sur le revenu, et de l'équilibre du fonds national des solidarités actives pour le dernier exercice clos ainsi que de ses prévisions d'équilibre pour l'exercice en cours et l'exercice sui-</p>		<p>IV ar- ticle. »</p>
		<p>Amendement AS 209</p>
		<p><i>b) À la première phrase du IV, les mots : « contributions définies » sont remplacés par les mots : « prélèvements mentionnés » ;</i></p>

Dispositions en vigueur

—
vant. Ce rapport propose, le cas échéant, une diminution du taux des contributions définies au premier alinéa du III en fonction de ces prévisions d'équilibre.

Art. L. 522-12. – Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 262-24 dans les départements d'outre-mer, l'allocation n'est intégralement à la charge du Fonds national des solidarités actives que si le contrat unique d'insertion prend la forme du contrat d'accompagnement dans l'emploi.

Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011

Art. 22. – VI. – Il est opéré chaque année jusqu'en 2019 au profit de la Caisse nationale des allocations familiales, pour les montants fixés par le présent VI, un prélèvement sur les contributions et prélèvements mentionnés dans le tableau suivant :

Cf. tableau en annexe 3

Texte du projet de loi

—
V. – À la première ligne de la cinquième colonne du tableau du VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, les mots : « de la contribution additionnelle au prélèvement mentionné à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, prévue à l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles, » sont remplacés par les mots : « de la part mentionnée au 1° du IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts du prélèvement de solidarité mentionné au 2° du I du même article ».

VI. – Les I à V s'appliquent :

1° Aux revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale perçus à compter du 1^{er} janvier 2012 ;

2° Aux produits de placement mentionnés au I de l'article L. 136-7 du même code payés ou réalisés, selon le cas, à compter du 1^{er} janvier 2013 et à ceux mentionnés au II du même article pour la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée à compter du 1^{er} janvier 2013.

Propositions de la Commission

—
2° À l'article L. 522-12, après les mots : « troisième alinéa », est insérée la référence : « du I ».

Amendement AS 210

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Loi n°2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012	VII. – Le VII de l'article 1 ^{er} de la loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012 est ainsi modifié :	
Art. 1 ^{er} . – I. –		
VII – A. – Le C du IV s'applique à compter du 1 ^{er} janvier 2012.	A. – Au B, les mots : « aux sommes déclarées par les assujettis au titre des périodes ouvertes à partir de cette date » sont supprimés.	
B. – Le A du II s'applique à compter du 1 ^{er} janvier 2013 aux sommes déclarées par les assujettis au titre des périodes ouvertes à partir de cette date.		
C. – Pour l'année 2012, le 3 ^o de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale s'applique dans sa rédaction en vigueur au 1 ^{er} janvier 2012.		
D. – Le B du II s'applique :		
1 ^o Aux revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale perçus à compter du 1 ^{er} janvier 2012 ;		
2 ^o Aux produits de placements mentionnés au I de l'article L. 136-7 du code payés ou réalisés, selon le cas, à compter du 1 ^{er} janvier 2013 et à ceux mentionnés au II du même article pour la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée à compter du 1 ^{er} janvier 2013.		
E. – Pour les produits de placements mentionnés au I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale payés ou réalisés, selon le cas, du 1 ^{er} juillet 2012 au 31 décembre 2012 et pour ceux mentionnés au II du même article pour la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée du 1 ^{er} juillet 2012 au 31 décembre 2012, le produit des prélèvements mentionnés au I de l'article L. 245-16 du même code est ainsi réparti :	B. – Le E est ainsi modifié :	
1 ^o Une part correspondant à un taux de 0,3 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dont une part correspondant à un taux de 0,2 % à la section mentionnée à l'article L. 135-3-1 dudit code ;		
2 ^o Une part correspondant à un		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>taux de 1,3 % à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ;</p> <p>3° Une part correspondant à un taux de 2,2 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;</p> <p>4° Une part correspondant à un taux de 0,6 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;</p> <p>5° Une part correspondant à un taux de 1 % à la Caisse nationale des allocations familiales.</p>	<p>1° Au 3°, le taux : « 2,2 % » est remplacé par le taux : « 1,85 % » ;</p> <p>2° Après le 5°, il est ajouté un 6° ainsi rédigé :</p> <p>« 6° Une part correspondant à un taux de 0,35 % au fonds mentionné à l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles. »</p>	
	<p style="text-align: center;">Article 4</p> <p>À titre exceptionnel, il est prélevé, au profit de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, une somme de 450 millions d'euros sur les réserves du fonds relatif à l'allocation temporaire d'invalidité, régie par le décret n° 2005-442 du 2 mai 2005, et une somme de 240 millions d'euros sur les réserves du fonds de compensation des cessations progressives d'activité des personnels des collectivités locales et de leurs établissements publics non hospitaliers institué par le décret n° 84-1021 du 21 novembre 1984. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxe sur les salaires.</p>	<p style="text-align: center;">Article 4</p> <p>Sans modification</p>
	<p style="text-align: center;">Article 5</p> <p>Au titre de l'année 2012, sont rectifiées, conformément aux tableaux qui suivent :</p> <p>1° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :</p> <p style="text-align: center;">Cf. tableau en annexe 1</p>	<p style="text-align: center;">Article 5</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012	2° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale : Cf. tableau en annexe 1	
	3° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : Cf. tableau en annexe 1	
	Article 6	Article 6
	I. – Au titre de l'année 2012, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 12,1 milliards d'euros.	Sans modification
	II. – Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites demeurent fixées conformément au II de l'article 35 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.	
	III. – Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse demeurent fixées conformément au III de l'article 35 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.	
	Section 2	Section 2
	Dispositions relatives aux dépenses	Dispositions relatives aux dépenses
	Article 7	Article 7
		Sans modification
Art.81. – 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 2012. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 281 millions d'euros pour l'année 2012.	I. – Au I de l'article 81 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le montant : « 250 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 220 millions d'euros ».	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>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 285,87 millions d'euros pour l'année 2012.</p>	<p>II. – Au II de l'article 81 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le montant : « 285,87 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 238,93 millions d'euros »</p>	
Code de la sécurité sociale	Article 8	Article 8
<p>Art. L. 815-29. – Les dispositions du deuxième et du troisième alinéa de l'article L. 815-10, des articles L. 815-11, L. 815-12, L. 815-14 à L. 815-18 et L. 815-23 sont applicables au service, au contentieux et aux pénalités afférents à l'allocation supplémentaire instituée au présent chapitre.</p>	<p>I. – Au second alinéa de l'article L. 815-29 du code de la sécurité sociale, au sixième alinéa de l'article L. 821-5 du même code et au II de l'article 32 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, les mots : « une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret » sont remplacés par les mots : « une fraction de ces pertes fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ».</p>	
<p>Art. L. 821-5. – L'allocation aux adultes handicapés est servie comme une prestation familiale. Elle est inces- sible et insaisissable, sauf pour le paie- ment des frais d'entretien de la personne handicapée. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui en assume la charge peut obtenir de la caisse débitrice de l'allocation que celle-ci lui soit ver- sée directement.</p>		
<p>L'action de l'allocataire pour le paiement de l'allocation se prescrit par deux ans.</p>		

Dispositions en vigueur

Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement d'allocations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Les dispositions des articles L. 114-13, L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables à l'allocation aux adultes handicapés.

Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent titre et qui ne relèvent pas d'un autre contentieux sont réglés suivant les dispositions régissant le contentieux général de la sécurité sociale.

Le financement de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources, de la majoration pour la vie autonome et de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est assuré par l'État. La prise en charge par l'État des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret.

La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1 ou L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010

Art. 32. – I. –

II. – Le financement de l'allocation de parent isolé dans les départements et collectivités mentionnés au I de l'article 29 de la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
est assuré par l'État. La prise en charge par l'État des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret.	II. – Les dispositions du I sont applicables à compter des pertes sur créances d'indus enregistrées pour l'exercice 2012.	II. – Les dispositions du I sont applicables <i>aux pertes sur créances enregistrées à compter de</i> l'exercice 2012.
	Article 9	Article 9
	I. – Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :	Sans modification
	Cf. tableau en annexe 1	
	II. – Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :	
	Cf. tableau en annexe 1	
	Article 10	Article 10
	Au titre de l'année 2012, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie rectifié de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont fixés comme suit :	Sans modification
	Cf. tableau en annexe 1	

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

TROISIÈME PARTIE

TROISIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX
RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE
GÉNÉRAL POUR 2013**

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX
RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE
GÉNÉRAL POUR 2013**

Section 1

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

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

Article 11

Article 11

Code de la sécurité sociale

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

A. – L'article L. 131-6 est ainsi modifié :

Art. L. 131-6. – Les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur leur revenu d'activité non salarié.

Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sans qu'il soit tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des reports déficitaires, des exonérations et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts. En outre, les cotisations versées aux régimes facultatifs mentionnées au second alinéa du I de l'article 154 bis du même code ne sont admises en déduction que pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause avant le 13 février 1994.

1° Au deuxième alinéa, les mots : « des exonérations et » sont remplacés par les mots : « des exonérations, » et après les mots : « au 7 de l'article 158 du code général des impôts », sont insérés les mots : « et des déductions à effectuer du chef des frais professionnels et des frais, droits et intérêts d'emprunt prévues au deuxième et huitième alinéas du 3° de l'article 83 du même code » ;

Pour les sociétés d'exercice libéral visées à l'article 1^{er} de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, est également prise en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur non salarié non agricole, son con-

2° Au troisième alinéa, les mots : « Pour les sociétés d'exercice libéral visées à l'article 1^{er} de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, est » sont remplacés par le mot : « Est ».

Dispositions en vigueur

joint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés et des revenus visés au 4° de l'article 124 du même code qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'État précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent alinéa ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant.

Art. L. 133-6-8. – Par dérogation à l'article L. 131-6-2, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts peuvent opter, sur simple demande, pour que l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale dont ils sont redevables soient calculées mensuellement ou trimestriellement en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs revenus non commerciaux effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée auxdits articles du code général des impôts. Des taux différents peuvent être fixés par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés aux articles 50-0 et 102 ter du même code, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnés à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

L'option prévue au premier alinéa est adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du présent code au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est exercée et, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de la création. L'option s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions.

Texte du projet de loi

B. – Au premier alinéa de l'article L. 133-6-8, après les mots : « auxdits articles du code général des impôts », sont insérés les mots : « de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui acquitté aux mêmes titres par les travailleurs indépendants ».

Propositions de la Commission

B. – Au ...

... et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants ».

Amendement AS 212

Dispositions en vigueur

Le régime prévu par le présent article demeure applicable au titre des deux premières années au cours desquelles le chiffre d'affaires ou les recettes mentionnés aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont dépassés.

Art. L. 612-3. – Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité institué par le présent titre une cotisation sociale de solidarité à la charge des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1. Le taux de cette cotisation additionnelle à la cotisation dont sont redevables personnellement les personnes assujetties en application des dispositions de l'article L. 722-4, ainsi que les modalités de son versement, sont fixés par arrêté interministériel.

Art. L. 612-4. – Les cotisations sont calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

Les cotisations des retraités sont calculées en pourcentage des allocations ou pensions de retraite servies pendant l'année en cours par les régimes de base et les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont précomptées sur ces allocations ou pensions ou, à défaut, évaluées à titre provisionnel et régularisées a posteriori.

Texte du projet de loi

C. – À l'article L. 612-3, les mots : « arrêté interministériel » sont remplacés par le mot : « décret ».

D. – L'article L. 612-4 est ainsi modifié :

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

« Les cotisations sont calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Leur taux est fixé par décret.

« Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Pour les cotisations dues au titre de la première et de la deuxième année d'activité, le montant mentionné au deuxième alinéa peut faire l'objet d'une réduction. » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Les conditions d'application du présent article, et notamment le taux et les modalités de calcul des cotisations, ainsi que les seuils d'exonération totale ou partielle sont fixées par décret.

Texte du projet de loi

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par un décret, qui peut prévoir que les dispositions des deuxième et troisième alinéas ne sont pas applicables, sous certaines conditions, aux cotisations dues par les personnes mentionnées aux articles L. 613-4 et L. 613-7 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. »

E. – Après l'article L. 612-4, il est rétabli un article L. 612-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 612-5. – Les cotisations prévues à l'article L. 612-4 à la charge des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret font l'objet d'une réduction.

« Lorsque le revenu d'activité est négatif ou nul, la réduction est maximale et est égale au produit du taux mentionné au premier alinéa de l'article L. 612-4 et d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3. Lorsque le revenu d'activité est positif, la réduction décroît linéairement et devient nulle lorsque ce revenu est égal ou supérieur au seuil mentionné au premier alinéa.

« La réduction prévue au présent article ne s'applique qu'aux cotisants dont les cotisations sont au moins égales au montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 612-4 et dont le chiffre d'affaires est inférieur ou égal à un montant fixé par décret.

« Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé avec celui de tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicables aux cotisations prévues à l'article L. 612-4.

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

Propositions de la Commission

« Le bénéfice de la réduction prévue au présent article ...

... à l'article L. 612-4.

Amendement AS 213

Art. L. 612-9. – Les cotisations sont recouvrées selon des modalités fixées par décret.

Dispositions en vigueur

Les cotisations dues sur les allocations ou pensions de retraite prévues au dernier alinéa de l'article L. 612-4 sont précomptées dans des conditions fixées par décret lors du versement par l'organisme débiteur de ces pensions ou allocations.

Art. L.756-4. – Par dérogation aux articles L. 242-11, des premier et dernier alinéas de l'article L. 612-4 et du premier alinéa de l'article L. 633-10, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des employeurs et travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont calculées, pour la partie des revenus inférieurs au plafond de la sécurité sociale, sur une assiette égale à la moitié des revenus concernés, sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 242-11 et de celles de l'article L. 756-3. Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 242-11 sont également applicables aux cotisations d'assurance maladie par dérogation à l'article L. 612-4.

Art. L. 612-13. – La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires fixées par décret et calculées selon les modalités prévues à l'article L. 612-4. Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses mutuelles régionales comportant des affiliés du groupe de professions considéré.

Texte du projet de loi

F. – Le premier alinéa de l'article L. 612-13 est remplacé par les dispositions suivantes :

« La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

« Ces cotisations supplémentaires ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré. »

Propositions de la Commission

E bis. – Au dernier alinéa de l'article L. 612-9 et à la première phrase de l'article L. 756-4, le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « quatrième ».

Amendement AS 214

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Si l'équilibre financier entre cotisations supplémentaires et prestations supplémentaires versées par les caisses de base est rompu, la caisse nationale est tenue de proposer, après avis de la section professionnelle intéressée de son conseil d'administration, soit une augmentation des cotisations, soit une diminution des prestations ; en cas de carence de sa part, il y est pourvu d'office par décret.</p>	<p>G. – À l'article L. 722-4, la seconde phrase est supprimée.</p>	
<p>Les dispositions de l'article L. 613-8 sont applicables au service des prestations supplémentaires.</p>	<p>H. – À l'article L. 756-3, le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité ».</p>	
<p>Art. L. 722-4. – Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles, appréciés en application 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.</p>	<p>I. – À l'article L. 756-4, les mots : « aux articles L. 242-11 » sont remplacés par les mots : « aux dispositions de l'article L. 242-11 » et les mots : « employeurs et » sont supprimés.</p>	
<p>Art. L. 756-3. – Les personnes exerçant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée artisanale, industrielle ou commerciale, sont exonérées du versement de toute cotisation lorsque leur revenu professionnel ne dépasse pas un certain montant fixé par décret.</p>		
<p>Art. L. 756-4. – Par dérogation aux articles L. 242-11, des premier et dernier alinéas de l'article L. 612-4 et du premier alinéa de l'article L. 633-10, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des employeurs et travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont calculées, pour la partie des revenus inférieurs au plafond de la sécurité sociale, sur une assiette égale à la moitié des revenus concernés, sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 242-11 et de celles de l'article L. 756-3. Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 242-11</p>		

Dispositions en vigueur

sont également applicables aux cotisations d'assurance maladie par dérogation à l'article L. 612-4.

Art. L. 756-5. – Par dérogation aux dispositions des trois premiers alinéas de l'article L. 131-6-2, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, sont calculées, à titre définitif, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires.

Par dérogation aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 131-6, la personne débutant l'exercice d'une activité indépendante non agricole est exonérée des cotisations et contributions, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité.

Texte du projet de loi

J. – Au deuxième alinéa de l'article L. 756-5, les mots : « du dernier alinéa de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 131-6-2 ».

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2013, sous réserve des dispositions suivantes :

1° De manière transitoire, le montant des cotisations provisionnelles mentionnées à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014 par les travailleurs indépendants relevant de l'article 62 du code général des impôts est égal au montant des cotisations provisionnelles calculé pour ces années en application des règles antérieures à l'entrée en vigueur du présent article. Les revenus d'activité, tels que définis à l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pris en compte pour ce calcul sont majorés de 11 %. Cette majoration ne peut être supérieure à la limite de réduction prévue au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° De manière ...

2° De manière transitoire, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts, lorsque ces revenus sont perçus en 2013 et en 2014, qui est retenue pour la détermination du revenu d'activité non salarié en application du troisième alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pour les personnes nouvellement soumises aux dispositions de cet alinéa en application du 2° du A du I du présent article, est prise en compte pour le calcul des cotisations provisionnelles mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014. Ces revenus font l'objet d'une déclaration obligatoire, selon les modalités prévues au quatrième alinéa dudit article L. 131-6-2, dans le délai de trente jours à compter de leur perception.

... L. 131-6-2, dans un délai de trente jours à compter de leur perception.

Amendement AS 215

Il bis. – Le dernier alinéa de l'article L. 131-9 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

Art. L. 131-9. – Les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés qui ne sont pas dues par les personnes visées à l'alinéa suivant sont supprimées lorsque le taux de ces cotisations, en vigueur au 31 décembre 1997, est inférieur ou égal à 2,8 % pour les revenus de remplacement, à 4,75 % pour les revenus d'activité.

Des taux particuliers de cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés sont applicables aux revenus d'activité et de remplacement perçus par les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence définies à l'article L. 136-1 et qui relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie ou qui sont soumises au second alinéa de l'article L. 161-25-3. Ces taux particuliers sont également applicables aux assurés d'un régime français d'assurance maladie exonérés en tout ou partie d'impôts directs en application d'une convention ou d'un accord international, au titre de leurs revenus d'activité définis aux articles L. 131-6 et L. 242-1 et de leurs

Dispositions en vigueur

revenus de remplacement qui ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu. Ils sont également applicables aux redevances mentionnées au IV de l'article L. 136-6 versées aux personnes qui ne remplissent pas la condition de résidence fiscale fixée au I du même article.

Art. L. 135-3. – Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :

1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application des taux fixés au 2° du IV de l'article L. 136-8 aux assiettes de ces contributions ;

2° Une fraction fixée à l'article L. 131-8 du présent code du 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 ;

3° La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 fixée à l'article L. 137-16 ;

4° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;

Texte du projet de loi

Article 12

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

Propositions de la Commission

« Les cotisations prévues au présent alinéa sont assises sur la totalité des revenus d'activité ou de remplacement entrant dans le champ de cet alinéa. »

Amendement AS 203

Article 12

AA. – Le 4° de l'article L. 135-3 est complété par les mots : « ainsi que les produits financiers mentionnés à ce même alinéa. »

Amendement AS 216

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 651-1. – Il est institué une contribution sociale de solidarité à la charge :</p>	<p>A. – L'article L. 651-1 est ainsi modifié :</p>	
<p>1°) Des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital ;</p>		
<p>2°) Des sociétés à responsabilité limitée ;</p>		
<p>3°) Des sociétés en commandite ;</p>		
<p>4°) Des personnes morales de droit public dans les limites de leur activité concurrentielle ;</p>		
<p>4° bis) Des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre Ier du titre II de la première partie du livre Ier du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ;</p>		
<p>5°) Des personnes morales dont le siège est situé hors du territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, à raison des affaires réalisées sur ce territoire et le rendant passibles de l'impôt sur les sociétés ;</p>		
<p>6°) Des sociétés en nom collectif ;</p>		
<p>7°) Des groupements d'intérêt économique ;</p>		
<p>8°) Des groupements européens d'intérêt économique à raison des affaires réalisées sur le territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer ;</p>		
<p>9°) Des organismes suivants, non mentionnés aux 1° à 8° :</p>	<p>1° Le 9° est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres I^{er} à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre I^{er} du livre V du même code, entreprises d'assurance, de capitalisation et</p>	<p>« 9° Indépendamment de leur forme juridique, des établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres I^{er} à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre I^{er} du livre V du même code ; »</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime ;</p>	<p>2° Il est inséré un 9° bis ainsi rédigé :</p> <p>« 9° bis Indépendamment de leur forme juridique, des entreprises ou sociétés d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code ou du titre VII du livre VII du code rural et de la pêche maritime ; »</p>	
<p>10°) Des sociétés ou organismes non visés aux 1° à 9° qui sont régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, à l'exception de ceux visés à l'article L. 521-1 du code rural qui ont pour objet exclusif d'assurer l'approvisionnement de leurs associés coopérateurs en leur procurant les produits, les équipements, les instruments et les animaux nécessaires à leurs exploitations agricoles et des sociétés coopératives agricoles ayant pour objet exclusif l'utilisation de matériels agricoles par les associés coopérateurs ;</p>	<p>3° Au 10°, la référence : « 9° » est remplacée par la référence : « 9° bis ».</p>	
<p>11°) Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil du 22 juillet 2003 relatif au statut de la société coopérative européenne.</p>		
<p>Art. L. 651-2-1. – Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité, minoré des frais de recouvrement et abondé du solde éventuel de l'exercice précédent, est affecté, sous réserve de l'application du 10° de l'article L. 731-2 du code ru-</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>ral et de la pêche maritime, au régime social des indépendants au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches du régime, compte non tenu des subventions de l'État ni des montants de contribution sociale de solidarité attribués au titre des exercices antérieurs ou à titre d'acomptes provisionnels.</p>	<p>B. – Au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1, après les mots : « du premier alinéa », sont insérés les mots : « ainsi que les produits financiers générés par les placements de la contribution opérés le cas échéant par l'organisme mentionné à l'article L. 651-4 ».</p>	<p>B. – Au ...</p>
<p>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.</p>	<p>C. – L'article L. 651-5 est ainsi modifié :</p>	<p>... L. 651-4 et les mots : « est affecté » sont remplacés par les mots : « sont affectés »</p>
<p>Art. L. 651-5. – Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées ; à ce montant doivent être ajoutés pour les sociétés d'assurance et de capitalisation et les sociétés de réassurances, les produits de leur exploitation n'entrant pas dans le champ d'application des taxes sur le chiffre d'affaires. De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.</p>	<p>1° À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « taxes assimilées », la fin de la phrase est supprimée ;</p>	<p>Amendement AS 217</p>
<p>Pour les établissements de crédit et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au I du III de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats</p>		

Dispositions en vigueur

d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.

Pour les établissements et entreprises mentionnés au deuxième alinéa du présent article dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 du présent code ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire.

Texte du projet de loi

2° Après le troisième alinéa, il est inséré les dispositions suivantes :

« Pour les redevables mentionnés au 9° bis de l'article L. 651-1, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du VI de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux opérations sur devises est constitué par le résultat net positif de cette catégorie. Ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats 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, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité, ni les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité. » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Le chiffre d'affaires des intermédiaires mentionnés au V de l'article 256 et au III de l'article 256 bis du code général des impôts, et qui bénéficient des dispositions de l'article 273 octies du même code, est diminué de la valeur des biens ou des services qu'ils sont réputés acquérir ou recevoir. Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels cette disposition s'applique majorent leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées.

Le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution prévue par l'article L. 138-1 est exclu de l'assiette de la contribution sociale de solidarité.

Pour les sociétés d'assurances et de capitalisation régies par le code des assurances et les sociétés de réassurances, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des entreprises d'assurances et de capitalisation.

Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.

Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie

Texte du projet de loi

3° Les sixième, septième, huitième et neuvième alinéas sont supprimés.

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

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, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.

Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution des subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité.

Par dérogation au premier alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires, calculé selon les modalités prévues aux alinéas précédents, est inférieur au seuil mentionné par le premier alinéa de l'article L. 651-3 ne sont pas tenues de souscrire une déclaration au titre de la contribution sociale de solidarité.

Lorsque la société ou l'entreprise assujettie n'a pas effectué la déclaration de son chiffre d'affaires selon les modalités et dans les délais prescrits pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires sur lequel est assise la contribution est fixé d'office par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité. À défaut d'éléments suffisants, le chiffre d'affaires est fixé forfaitairement par rapport au seuil mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3.

Les montants dus, lorsque le chiffre d'affaires estimé est supérieur ou égal au seuil fixé par le premier alinéa

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

de l'article L. 651-3, sont réclamés à titre provisionnel, par voie de mise en demeure dans les conditions mentionnées à l'article L. 244-2.

Art. L. 651-5-1. – L'organisme chargé du recouvrement de la contribution peut obtenir des administrations fiscales communication des éléments nécessaires à la détermination de son assiette et de son montant dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales.

II. – Les sociétés et entreprises mentionnées à l'article L. 651-1 du présent code sont tenues de fournir, à la demande de l'organisme de recouvrement, tous renseignements et documents nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de son montant dans un délai de soixante jours. Lorsque le redevable a répondu de façon insuffisante à cette demande, l'organisme de recouvrement le met en demeure de compléter sa réponse dans un délai de trente jours en précisant les compléments de réponse attendus.

Art. L. 651-5-3. – Les sociétés et entreprises dont le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5 est supérieur ou égal à 5 millions d'euros sont tenues d'effectuer la déclaration prévue au même article et le paiement de la contribution sociale de solidarité par voie électronique auprès de l'organisme chargé du recouvrement mentionné à l'article L. 651-4. Pour se conformer à cette obligation, les sociétés et entreprises utilisent les services de télédéclaration et de télèglement mis à disposition dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.

Lorsque la transmission de la déclaration n'est pas faite suivant les modalités définies à l'alinéa précédent, il est appliqué une majoration de 0,2 % du montant de la contribution sociale de solidarité dont est redevable la société ou l'entreprise.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

D. – Au début de la première phrase du premier alinéa du II de l'article L. 651-5-1, les mots : « et entreprises mentionnées » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements mentionnés ».

E. – À l'article L. 651-5-3, dans la première et seconde phrases du premier alinéa les mots : « et entreprises » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements » et au deuxième alinéa, les mots : « ou l'entreprise » sont remplacés par les mots : « , l'entreprise ou l'établissement ».

Amendement AS 218

Dispositions en vigueur

Il est également appliqué une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué dans des conditions différentes de celles prévues au premier alinéa.

Code général des impôts

Art. L. 231. – 1. Les sommes payées à titre de rémunérations sont soumises à une taxe sur les salaires égale à 4,25 % de leur montant, évalué selon les règles prévues aux chapitres Ier et II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ou pour les employeurs de salariés visés aux articles L. 722-20 et L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime, au titre IV du livre VII dudit code, et à la charge des personnes ou organismes, à l'exception des collectivités locales, de leurs régies personnalisées mentionnées à l'article L. 1412-2 du code général des collectivités territoriales et de leurs groupements, des services départementaux de lutte contre l'incendie, des centres d'action sociale dotés d'une personnalité propre lorsqu'ils sont subventionnés par les collectivités locales, du centre de formation des personnels communaux, des caisses des écoles et des établissements d'enseignement supérieur visés au livre VII du code de l'éducation qui organisent des formations conduisant à la délivrance au nom de l'État d'un diplôme sanctionnant cinq années d'études après le baccalauréat, qui paient ces rémunérations lorsqu'ils ne sont pas assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée ou ne l'ont pas été sur 90 % au moins de leur chiffre d'affaires au titre de l'année civile précédant celle du paiement desdites rémunérations. L'assiette de la taxe due par ces personnes ou organismes est constituée par une partie des rémunérations versées,

Texte du projet de loi

II. – Les dispositions du A et du C du I sont applicables à la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2013. Les dispositions du B du I sont applicables à compter de l'exercice 2012.

Article 13

I. – L'article 231 du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du 1, les mots : « Les sommes payées à titre de rémunérations sont soumises à une taxe sur les salaires égale à 4,25 % de leur montant, évalué selon les règles prévues aux chapitres I^{er} et II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ou pour les employeurs de salariés visés aux articles L. 722-20 et L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime, au titre IV du livre VII dudit code, et à la charge des entreprises et organismes » sont remplacés par les mots : « Les sommes payées à titre de rémunérations aux salariés, à l'exception de celles correspondant aux prestations de sécurité sociale versées par l'entremise de l'employeur, sont soumises à une taxe égale à 4,25 % de leur montant évalué selon les règles prévues à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, sans qu'il soit toutefois fait application des dispositions du deuxième alinéa du I de cet article. Cette taxe est à la charge des entreprises et organismes qui emploient ces salariés » ;

Propositions de la Commission

Article 13

Sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

déterminée en appliquant à l'ensemble de ces rémunérations le rapport existant, au titre de cette même année, entre le chiffre d'affaires qui n'a pas été passible de la taxe sur la valeur ajoutée et le chiffre d'affaires total. Le chiffre d'affaires qui n'a pas été assujéti à la taxe sur la valeur ajoutée en totalité ou sur 90 p. 100 au moins de son montant, ainsi que le chiffre d'affaires total mentionné au dénominateur du rapport s'entendent du total des recettes et autres produits, y compris ceux correspondant à des opérations qui n'entrent pas dans le champ d'application de la taxe sur la valeur ajoutée. Le chiffre d'affaires qui n'a pas été passible de la taxe sur la valeur ajoutée mentionné au numérateur du rapport s'entend du total des recettes et autres produits qui n'ont pas ouvert droit à déduction de la taxe sur la valeur ajoutée.

Les rémunérations versées par les employeurs dont le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile précédant le versement de ces rémunérations n'excède pas les limites définies aux I, III et IV de l'article 293 B sont exonérées de la taxe sur les salaires.

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la taxe sur la valeur ajoutée qui n'ont pas été soumises en fait à cette taxe en vertu d'une interprétation formellement admise par l'administration sont redevables de la taxe sur les salaires.

Les rémunérations payées par l'État sur le budget général sont exonérées de taxe sur les salaires lorsque cette exonération n'entraîne pas de distorsion dans les conditions de la concurrence.

.....

2 bis. Le taux de la taxe sur les salaires prévue au 1 est porté de 4,25 à 8,50 % pour la fraction comprise entre 7 604 € et 15 185 € et à 13,60 % pour la fraction excédant 15 185 euros de rémunérations individuelles annuelles. Ces limites sont relevées chaque année dans la même proportion que la limite

2° La première phrase du 2 bis est remplacée par les dispositions suivantes :

« Le taux de la taxe sur les salaires prévue au 1 est porté de 4,25 à 8,50 % pour la fraction comprise entre 7 604 € et 15 185 €, à 13,60 % pour la fraction comprise entre 15 185 € et 150 000 € et à 20 % pour la fraction excédant 150 000 € de rémunérations individuelles annuelles. »

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu de l'année précédente. Les montants obtenus sont arrondis, s'il y a lieu, à l'euro supérieur.</p>		
<p>Les taux majorés ne sont pas applicables aux rémunérations versées par les personnes physiques ou morales, associations et organismes domiciliés ou établis dans les départements d'outre-mer.</p>		
.....		
Code de la sécurité sociale		
<p>Art. L. 131-8. – Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p>		
<p>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 :</p>		
<p>– à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 59,03 % ;</p>	<p>II. – Au 1° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, le chiffre : « 59,03 » est remplacé par le chiffre : « 56,8 », le chiffre : « 24,27 » est remplacé par le chiffre : « 27,1 » et le chiffre : « 16,7 » est remplacé par le chiffre : « 16,1 ».</p>	
<p>– à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 24,27 % ;</p>		
<p>– au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 16,7 % ;</p>		
.....		
	<p>III. – Les dispositions du I s'appliquent à la taxe sur les salaires due à raison des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2013.</p>	
	<p>Article 14</p>	<p>Article 14</p>
	<p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
	<p>1° Le II de l'article L. 136-2 est complété par un 8° ainsi rédigé :</p>	

Dispositions en vigueur

Art. L. 136-2. – I. –

II. – Sont inclus dans l'assiette de la contribution :

1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 3312-4 du code du travail ;

2° Les sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation conformément aux dispositions de l'article L. 3324-5 du code du travail, ainsi que les sommes versées par l'entreprise en application de l'article L. 3332-27 du même code ; la contribution est précomptée par l'entreprise ou l'organisme de gestion respectivement lors de la répartition de la réserve spéciale, ou lors du versement au plan d'épargne d'entreprise ;

3° a) L'indemnité parlementaire et l'indemnité de fonction prévues aux articles 1^{er} et 2 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement, l'indemnité de résidence, l'indemnité représentative de frais de mandat, au plus égale au montant brut cumulé des deux premières et versée à titre d'allocation spéciale pour frais par les assemblées à tous leurs membres, ainsi que, la plus élevée d'entre elles ne pouvant être supérieure de plus de la moitié à ce montant, les indemnités de fonction complémentaires versées, au même titre, en vertu d'une décision prise par le bureau desdites assemblées, à certains de leurs membres exerçant des fonctions particulières ;

b) Les indemnités versées aux représentants français au Parlement européen dans les conditions prévues à l'article 1er de la loi n° 79-563 du 6 juillet 1979 relative à l'indemnité des représentants au Parlement européen et aux indemnités versées à ses membres par le Parlement européen ;

c) La rémunération et les indemnités par jour de présence versées aux membres du Conseil économique, social et environnemental en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 portant loi organique relative au Conseil économique et

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

social ainsi que l'indemnité versée au Président et aux membres du Conseil constitutionnel en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel ;

d) Les indemnités versées par les collectivités locales, leurs groupements ou leurs établissements publics aux élus municipaux, cantonaux et régionaux ;

e) Les allocations versées à l'issue des mandats locaux par le fonds mentionné par l'article L. 1621-2 du code général des collectivités territoriales.

4° Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, à l'exception de celles visées au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11 et au cinquième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;

5° Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujéti aux cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujéties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles versées en cas de cessation forcée des fonctions des personnes visées au 5° bis du présent II. Sont également assujéties toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

5° bis Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, ou, en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction de ces indemnités qui excède 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 ; Toutefois, en cas de cessation forcée des fonctions, les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujetties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la cessation forcée des fonctions et de celles visées à la première phrase du 5° ;

6° (Abrogé) ;

7° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit.

Texte du projet de loi

« 8° Les distributions ou les gains nets afférents à des parts de fonds communs de placement à risques, des actions de sociétés de capital-risque ou des droits représentatifs d'un placement financier dans une entité, constituée dans un État membre de l'Union européenne ou dans un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ayant conclu avec la France une convention d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscales et dont l'objet principal est d'investir dans des sociétés dont les titres ne sont pas admis aux négociations sur un marché d'instruments financiers français ou étranger, ou d'une société qui réalise des prestations de services liées à la gestion de cette entité, donnant lieu à des droits différents sur

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 136-5. – I. – La contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1, L. 136-2, L. 136-3 sous réserve de son deuxième alinéa, et L. 136-4 ci-dessus est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur les allocations mentionnées aux articles L. 632-6 et L. 632-7 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.

Pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, la contribution portant sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément

l'actif net ou les produits du fonds, de la société ou de l'entité, et attribués en fonction de la qualité de la personne ; »

2° L'article L. 136-5 est ainsi modifié :

a) Le début de la première phrase du 1^{er} alinéa du I est ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1, L. 136-2, L. 136-3 et L. 136-4 est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. » ;

Dispositions en vigueur

aux dispositions prévues à l'article L. 133-6-4, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.

Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à faire tout contrôle sur le versement de la contribution dans les conditions fixées au chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

II. – La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des salariés des professions agricoles est directement recouvrée et contrôlée par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime de la sécurité sociale des salariés des professions agricoles.

La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles ainsi que la contribution due sur les revenus des personnes redevables de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime sont directement recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables, respectivement, au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et invalidité dues au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles et au recouvrement de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>II bis. – La contribution due sur les revenus de source étrangère, sous réserve s’agissant des revenus d’activité qu’elle n’ait pas fait l’objet d’un précompte par l’employeur, est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l’article L. 136-6.</p>	<p>b) Au II bis, les mots : « est établie, recouvrée et contrôlée » sont remplacés par les mots : « et la contribution portant sur les revenus mentionnés au 8° du II de l’article L. 136-2 sont établies, recouvrées et contrôlées » ;</p>	
<p>Art. L. 137-15. – Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à l’article L. 136-1 et exclus de l’assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l’article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l’article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution à la charge de l’employeur, à l’exception :</p>	<p>3° Au premier alinéa de l’article L. 137-15, après les mots : « à la charge de l’employeur », sont insérés les mots : « ou de toute autre personne débitrice des sommes en cause » ;</p>	
<p>1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l’article L. 137-13 du présent code ;</p>		
<p>2° (Abrogé)</p>		
<p>3° Des indemnités exclues de l’assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l’article L. 242-1 du présent code et du troisième alinéa de l’article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;</p>		
<p>4° De l’avantage prévu à l’article L. 411-9 du code du tourisme.</p>		
<p>Art. L. 242-1. – Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l’occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières,</p>	<p>4° À l’article L. 242-1, il est inséré après le douzième alinéa un nouvel alinéa ainsi rédigé :</p>	

Dispositions en vigueur

les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire.

Lorsque le bénéficiaire d'une option accordée dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ne remplit pas les conditions prévues au I de l'article 163 bis C du code général des impôts, est considéré comme une rémunération le montant déterminé conformément au II du même article. Toutefois l'avantage correspondant à la différence définie au II de l'article 80 bis du code général des impôts est considéré comme une rémunération lors de la levée de l'option.

Il ne peut être opéré sur la rémunération ou le gain des intéressés servant au calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, de déduction au titre de frais professionnels que dans les conditions et limites fixées par arrêté interministériel. Il ne pourra également être procédé à des déductions au titre de frais d'atelier que dans les conditions et limites fixées par arrêté ministériel.

Ne seront pas comprises dans la rémunération les prestations de sécurité sociale versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par l'entremise de l'employeur.

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Ier du titre II du livre IX ou versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en oeuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire.

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par les organismes régis par les titres III et IV du livre IX du présent code ou le livre II du code de la mutualité, par des entreprises régies par le code des assurances ainsi que par les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances et proposant des contrats mentionnés à l'article L. 143-1 dudit code, à la section 9 du chapitre II du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou au chapitre II bis du titre II du livre II du code de la mutualité lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'État :

1° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement d'opérations de retraite déterminées par décret ; l'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 443-8 du code du travail est pris en compte pour l'application de ces limites ;

2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.

Toutefois, les dispositions des trois alinéas précédents ne sont pas applicables lorsque lesdites contributions se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens du présent article, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement desdites contributions.

Les personnes visées au 20° de l'article L. 311-3 qui procèdent par achat et revente de produits ou de services sont tenues de communiquer le pourcentage de leur marge bénéficiaire à l'entreprise avec laquelle elles sont liées.

Sont également pris en compte, dans les conditions prévues à l'article L. 242-11, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.

Est exclue de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa, dans la limite d'un montant fixé à deux 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. Toutefois, les indemnités

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont intégralement assimilées à des rémunérations pour le calcul des cotisations visées au premier alinéa du présent article. Pour l'application du présent alinéa, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles liées à la cessation forcée des fonctions.

Les attributions gratuites d'actions effectuées conformément aux dispositions des articles L. 225-197-1 à L. 225-197-3 du code de commerce sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa si elles sont conservées dans les conditions mentionnées au I de l'article 80 quaterdecies du code général des impôts et si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions gratuites ont été attribuées définitivement au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'entre eux. À défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale.

Les dispositions de l'avant-dernier alinéa sont également applicables lorsque l'attribution est effectuée, dans les mêmes conditions, par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle l'attributaire exerce son activité.

Les dispositions des deux alinéas précédents ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7.

Texte du projet de loi

« Sont également exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les distributions et les gains nets mentionnés au 8° du II de l'article L. 136-2. »

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Livre I^{er}</p> <p>Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p style="text-align: center;">Titre 3</p> <p>Dispositions communes relatives au financement</p> <p style="text-align: center;">Chapitre 7</p> <p>Recette diverses</p> <p style="text-align: center;">Section 10</p> <p>Contribution salariale sur les distributions et gains nets afférents à des parts de fonds communs de placement à risques, des actions de sociétés de capital-risque ou des droits représentatifs d'un placement financier dans une entité mentionnée au dernier alinéa du 8 du II de l'article 150-0 A du code général des impôts</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>5° La section 10 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} est supprimée.</p>	<p style="text-align: center;">—</p>
<p>Art. L. 137-18. – Il est institué une contribution sociale libératoire au taux de 30 % assise sur les distributions et gains nets mentionnés à l'article 80 quinquies du code général des impôts qui, en application du même article, sont imposables à l'impôt sur le revenu au nom des salariés et dirigeants bénéficiaires selon les règles applicables aux traitements et salaires. Elle est mise à la charge de ces salariés et dirigeants et affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie dont ils relèvent.</p>		
<p>Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6.</p>		
<p>Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte</p>		
<p>Art. 28-1. – I. – Pour l'application du présent titre, les rémunérations des travailleurs salariés sont celles énumérées à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celles mentionnées aux deuxième et troisième alinéas de ce même article.</p>		
<p>Ces rémunérations excluent la</p>		<p><i>I bis. – Dans le premier alinéa du I de l'article 28-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, le mot : « treizième » est remplacé par le mot : « quatorzième ».</i></p>
		<p>Amendement AS 219</p>

Dispositions en vigueur

part des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions qui n'est pas imposable en application du code général des impôts en vigueur à Mayotte, dans la limite de deux fois le plafond annuel.

Il est créé un plafond de cotisations de sécurité sociale à Mayotte. Il est fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année, dans des conditions prévues par décret. Son montant, calculé selon des règles prévues par décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Art. L. 133-7. – Les cotisations et contributions sociales d'origine légale et les cotisations et contributions conventionnelles rendues obligatoires par la loi, dues au titre des rémunérations versées aux salariés mentionnés à l'article L. 772-1 du code du travail et aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime employées par des particuliers pour la mise en état et l'entretien de jardins, sont calculées, d'un commun accord entre l'employeur et le salarié :

1° Soit sur une assiette égale, par heure de travail, à une fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance

Texte du projet de loi

II. – Les dispositions du I s'appliquent aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2013.

Article 15

I. – L'article L. 133-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les quatre premiers alinéas sont supprimés. Ils sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« L'ensemble des cotisations et contributions sociales dues au titre des rémunérations versées aux salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail et aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime sont recouvrées sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations assises sur les salaires, respectivement, du régime général de sécurité sociale et du régime de protection sociale des personnes salariées des professions agricoles. » ;

Propositions de la Commission

Article 15

« L'ensemble ...

... maritime sont *calculées sur les rémunérations réellement versées au salarié. Les cotisations patronales de sécurité sociale sont réduites de huit points. Les cotisations et contributions sociales mentionnées à la première phrase du présent alinéa sont recouvrées sous les garanties et sanctions applicables respectivement au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires et au recouvrement des cotisations du régime de protection sociale des salariés des professions agricoles assises sur les salaires* » ;

Amendements AS 234 et AS 220

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>applicable au premier jour du trimestre civil considéré ;</p>	<p>2° Au cinquième alinéa, qui devient le deuxième, les mots : « et à l'article L. 351-21 du code du travail » sont supprimés et les mots : « desdites cotisations et contributions sociales » sont remplacés par les mots : « des cotisations d'origine légale ou conventionnelle qui leur sont dues » ;</p>	<p><i>III. – Un an après la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2013, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'impact de cette mesure sur l'emploi auprès des particuliers employeurs.</i></p>
<p>2° Soit sur les rémunérations réellement versées au salarié.</p>	<p>3° Les trois derniers alinéas sont supprimés.</p>	<p>Amendement AS 64</p>
<p>En l'absence d'accord entre l'employeur et le salarié ou à défaut de choix mentionné par l'employeur, il est fait application du 2° ci-dessus.</p>	<p>II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux modalités de calcul des cotisations et contributions sociales dues au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2013.</p>	
<p>Des conventions fixent les conditions dans lesquelles les institutions mentionnées au livre IX et à l'article L. 351-21 du code du travail délèguent le recouvrement desdites cotisations et contributions sociales aux organismes de recouvrement du régime général et, pour les salariés relevant du régime agricole, aux caisses de mutualité sociale agricole.</p>		
<p>Le recouvrement par voie amiable et contentieuse de ces cotisations et contributions sociales est assuré pour le compte de l'ensemble des organismes intéressés :</p>		
<p>1° Pour les salariés relevant du régime général, par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires ;</p>		
<p>2° Pour les salariés relevant du régime agricole, par les caisses de mutualité sociale agricole, sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de ce régime assises sur les salaires.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de l'action sociale et des familles	<p style="text-align: center;">Article 16</p> <p>I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p> <p>1° Après le 1° de l'article L. 14-10-4, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :</p>	<p style="text-align: center;">Article 16</p>
Art. L. 14-10-4. – Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :	<p>1° Une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ;</p> <p>« 1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les pensions de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus à l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>« 1° bis ...</p> <p style="text-align: right;">... dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente excède le montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts. Elle est ...</p>
2° Une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et	<p>« Sont exonérées de la contribution mentionnée au précédent alinéa, les pensions mentionnées au a du 4°, au 12° et au 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code. » ;</p>	<p>... sociale.</p> <p style="text-align: right;">Amendement AS 199</p>

Dispositions en vigueur

une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;

3° Une fraction de 0,1 point du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du même code ;

4° Une participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse, représentative d'une fraction identique pour tous les régimes, déterminée par voie réglementaire, des sommes consacrées par chacun de ceux-ci en 2000 aux dépenses d'aide ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes remplissant la condition de perte d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ; cette fraction ne peut être inférieure à la moitié ni supérieure aux trois quarts des sommes en cause. Le montant de cette participation est revalorisé chaque année, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée ;

5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.

Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en six sections distinctes selon les modalités suivantes :

.....

Texte du projet de loi

2° L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « six » est remplacé par : « sept » ;

b) Après le V, il est ajouté un V bis ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

V. – Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d’animation et de prévention, et les frais d’études dans les domaines d’action de la caisse :

a) Pour les personnes âgées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et du budget, des ressources prévues au a du 2 du I ;

a bis). Pour l’année 2012, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l’article L. 14-10-4 est affecté au financement des opérations visées au a de l’article L. 14-10-9 ;

b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget, des ressources prévues au a du III ;

b bis) Pour l’année 2012, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l’article L. 14-10-4 est affectée au financement des opérations visées au a de l’article L. 14-10-9.

VI. – Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux 1° à 4° de l’article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.

Texte du projet de loi

« V bis. – Une section consacrée à la mise en réserve du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l’article L. 14-10-4. Les ressources de cette section sont destinées au financement des mesures qui seront prises pour améliorer la prise en charge des personnes âgées privées d’autonomie. » ;

c) Au VI, les mots : « aux 1° à 4° de l’article L. 14-10-4 » sont remplacés par les mots : « aux 1°, 2° et 3° de l’article L. 14-10-4 » et après les mots : « sections précédentes », sont insérés les mots : « , à l’exception de la section V bis, ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.</p>	<p>II. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, dans sa version issue de la présente loi, le taux de la contribution mentionnée au 1° bis de cet article est fixé à 0,15 % pour les pensions et allocations servies au titre de l'année 2013 et le produit de cette contribution est affecté pour la même année au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p><i>I bis – Les dispositions du I s'appliquent aux pensions et allocations servies à compter du 1^{er} avril 2013.</i></p>
		<p>Amendement AS 202</p>
		<p>II. – Pour l'année 2013, par dérogation au V bis de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles :</p> <p>« 1° Le produit de la contribution instituée au I est affecté pour une part de 95 % à la section visée au II de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles et pour une part de 5 % à la section visée au IV du même article L. 14-10-5 ;</p> <p>2° Au 2° du IV de l'article L. 136 8 du code de la sécurité sociale, les taux : « 0,85 % » et « 0,83 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 0,88 % » et « 0,86 % » et à la fin du 3° du même IV, le taux : « 0,1 % » est remplacé par le taux : « 0,07 % » ».</p>
	<p>Article 17</p>	<p>Article 17</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>Livre III</p>		
<p>Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général</p>		
<p>Titre VIII</p>		
<p>Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général -</p>		
<p>Dispositions d'application du livre III</p>		
<p>Chapitre I^{er}</p>		
<p>Personnes rattachées au régime général pour certains risques ou charges</p>		
<p>Section 10</p>		
<p>Titulaires de mandats locaux</p>	<p>1° La section 10 du chapitre I^{er} du titre VIII du livre III est abrogée ;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. 381-32. – Les titulaires de mandats locaux sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions définies aux articles L. 2123-25, L. 2123-26, L. 2123-29, L. 2511-33, L. 3123-20, L. 3123-21, L. 3123-24, L. 4135-20, L. 4135-21, L. 4135-24 et L. 5211-14 du code général des collectivités territoriales.</p>	<p>2° Le chapitre II du titre VIII du livre III est complété par une section 3 ainsi rédigée :</p>	<p>« Art. L. 382-31. – ...</p>
<p>Chapitre II Personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques</p>	<p>« Section 3 « Titulaires de mandats locaux</p>	<p>... régime général de sécurité sociale ainsi que ...</p>
<p>Art. L. 412-8. – Outre les personnes mentionnées à l'article L. 412-2, bénéficient également des dispositions du présent livre, sous réserve des prescriptions spéciales du décret en Conseil d'État :</p>	<p>« Art. L. 382-31. – Les élus des collectivités territoriales mentionnées à l'article 72 de la Constitution dans lesquelles s'applique le régime général, ainsi que les délégués de ces collectivités territoriales membres d'un établissement public de coopération intercommunale, sont affiliés au régime général de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques. Leurs indemnités de fonction sont assujetties aux cotisations de sécurité sociale lorsque leur montant total est supérieur à une fraction fixée par décret de la valeur du plafond défini à l'article L. 241-3. » ;</p>	<p>... régime général de sécurité sociale pour ...</p>
<p>15°) Les volontaires pour l'insertion mentionnés à l'article L. 130-4 du code du service national.</p>	<p>3° L'article L. 412-8 est ainsi modifié :</p>	<p>l'article L. 241-3. » ;</p>
<p>Les dispositions de l'article L. 434-1 du présent code ne sont pas applicables aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2°.</p>	<p>a) Après le 15°, il est inséré un 16° ainsi rédigé :</p>	<p>Amendement AS 221</p>
	<p>« 16° Les titulaires de mandats locaux. » ;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Un décret précise, en tant que de besoin, les catégories d'élèves, d'étudiants et de stages ainsi que la nature des établissements mentionnés aux a et b du 2° ci-dessus.</p>	<p>b) Au dernier alinéa, les mots : « et 15° » sont remplacés par les mots : « ,15° et 16° ».</p>	<p>« Les élus régime général de sécurité sociale dans sécurité sociale. » ;</p>
<p>En ce qui concerne les personnes mentionnées aux 1°, 2° et 3° du présent article et non assujetties aux assurances sociales en vertu du livre III ainsi que les personnes mentionnées au 13° et les personnes mentionnées au 15°, le décret en Conseil d'État et, pour les personnes mentionnées aux 4°, 5°, 6°, 7°, 9°, 10°, 11°, 12° et 15° des décrets prévus par ceux-ci, déterminent à qui incombent les obligations de l'employeur. Pour les personnes qui ne sont pas rémunérées ou ne reçoivent pas une rémunération normale, ils fixent les bases des cotisations et celles des indemnités.</p>	<p>II. – Le code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :</p> <p>1° À l'article L. 2123-25-2, le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>Amendement AS 221</p>
<p>Code général des collectivités territoriales</p>	<p>« Les élus municipaux sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions définies à l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale. » ;</p>	
<p>Art. L. 2123-25-2. – Lorsque les maires et, dans les communes de 20 000 habitants au moins, les adjoints ont cessé d'exercer toute activité professionnelle pour l'exercice de leur mandat et ne relèvent plus, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale, ils sont affiliés au régime général de la sécurité sociale pour les prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.</p>	<p>Les cotisations des communes et celles de l'élu sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ce dernier en application des dispositions du présent code.</p>	
<p>Un décret fixe les conditions d'application du présent article.</p>	<p>2° L'article L. 2123-26 est abrogé ;</p>	
<p>Art. L. 2123-26. – Les élus visés à l'article L. 2123-25-2 qui, pour la durée de leur mandat, ont cessé d'exercer leur activité professionnelle et n'acquièrent aucun droit à pension au titre d'un régime obligatoire d'assurance</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>vieillesse sont affiliés à l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale.</p>	<p>3° À l'article L. 2123-27, les mots : « , autres que ceux qui, en application des dispositions de l'article L. 2123-25-2, ont cessé d'exercer leur activité professionnelle, » sont supprimés ;</p>	
<p>Art. L. 2123-27. – Les élus qui perçoivent une indemnité de fonction en application des dispositions du présent code ou de toute autre disposition régissant l'indemnisation de leurs fonctions, autres que ceux qui, en application des dispositions de l'article L. 2123-25-2, ont cessé d'exercer leur activité professionnelle, peuvent constituer une retraite par rente à la gestion de laquelle doivent participer les élus affiliés.</p>	<p>4° Aux articles L. 2123-29 et au 3° de l'article L. 2321-2, la référence à l'article L. 2123-26 est remplacée par la référence à l'article L. 2123-27 ;</p>	
<p>La constitution de cette rente incombe pour moitié à l'élu et pour moitié à la commune.</p>	<p>Art. L. 2123-29. – Les cotisations des communes et celles de leurs élus résultant de l'application des articles L. 2123-26 à L. 2123-28 sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ces derniers en application des dispositions du présent code ou de toute autre disposition régissant l'indemnisation de leurs fonctions.</p>	
<p>Un décret en Conseil d'État fixe le plafond des taux de cotisation.</p>	<p>Les cotisations des élus ont un caractère personnel et obligatoire.</p>	
<p>Art. L. 2123-29. – Les cotisations des communes et celles de leurs élus résultant de l'application des articles L. 2123-26 à L. 2123-28 sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ces derniers en application des dispositions du présent code ou de toute autre disposition régissant l'indemnisation de leurs fonctions.</p>	<p>Art. L. 2321-2. – Les dépenses obligatoires comprennent notamment :</p>	
<p>Les cotisations des élus ont un caractère personnel et obligatoire.</p>	<p>1° L'entretien de l'hôtel de ville ou, si la commune n'en possède pas, la location d'une maison ou d'une salle pour en tenir lieu ;</p>	
<p>Art. L. 2321-2. – Les dépenses obligatoires comprennent notamment :</p>	<p>2° Les frais de bureau et d'impression pour le service de la commune et les frais de conservation des archives communales et du recueil des actes administratifs du département ;</p>	
<p>1° L'entretien de l'hôtel de ville ou, si la commune n'en possède pas, la location d'une maison ou d'une salle pour en tenir lieu ;</p>	<p>3° Les indemnités de fonction prévues à l'article L. 2123-20, les cotisations au régime général de la sécurité sociale en application de l'article L. 2123-25-2, les cotisations aux régimes de retraites en application des articles L. 2123-26 à L. 2123-28, les cotisations au fonds institué par l'article</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>L. 1621-2 ainsi que les frais de formation des élus mentionnés à l'article L. 2123-14 ;</p>	<p>5° L'article L. 2573-8 est ainsi modifié :</p>	<p>a) Au I, sont supprimés <i>et la référence</i> : « , III » est supprimée ;</p>
<p>Art. L. 2573-8. – I. – Les articles L. 2123-25 à L. 2123-26, L. 2123-28 et L. 2123-29 sont applicables aux communes de la Polynésie française sous réserve des adaptations prévues aux II, III et IV.</p>	<p>a) Au I, les mots : « à L. 2123-26 » sont supprimés ;</p>	<p>Amendement AS 222</p>
<p>II. – Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2123-25-2, les mots : " au régime général de la sécurité sociale " sont remplacés par les mots : " à un régime de sécurité sociale établi en Polynésie française ".</p>	<p>b) Le III est supprimé ;</p>	
<p>III. – Pour l'application de l'article L. 2123-26, les mots : " à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale " sont remplacés par les mots : " à un régime d'assurance vieillesse établi en Polynésie française ".</p>	<p>c) Au IV, la référence à l'article L. 2123-26 est remplacée par la référence à l'article L. 2123-27 ;</p>	
<p>IV. – Pour l'application de l'article L. 2123-29, les mots : « des articles L. 2123-26 à L. 2123-28 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 2123-28 ».</p>	<p>6° À l'article L. 3123-20-2, le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>Art. L. 3123-20-2. – Lorsque le président du conseil général ou tout vice-président ayant reçu délégation de celui-ci a cessé d'exercer toute activité professionnelle pour l'exercice de son mandat et ne relève plus, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale, il est affilié au régime général de la sécurité sociale pour les prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.</p>	<p>« Les membres du conseil général sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions définies à l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale. » ;</p>	<p>« Les membres régime général de sécurité sociale dans sécurité sociale. » ;</p>
<p>Les cotisations des départements et celles de l'élu sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ce dernier en application des dispositions du présent code.</p>		<p>Amendement AS 221</p>
<p>Un décret fixe les conditions d'application du présent article.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 3123-21. – Les présidents ou les vice-présidents ayant délégation de l'exécutif du conseil général qui, pour la durée de leur mandat, ont cessé d'exercer leur activité professionnelle et n'acquièrent aucun droit à pension au titre d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse sont affiliés à l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale.</p>	<p>7° L'article L. 3123-21 est abrogé ;</p>	
<p>Art. L. 3123-22. – Les membres du conseil général autres que ceux visés à l'article L. 3123-21 peuvent constituer une retraite par rente à la gestion de laquelle doivent participer les élus affiliés.</p>	<p>8° À l'article L. 3123-22, les mots : « autres que ceux visés à l'article L. 3123-21 » sont supprimés ;</p>	
<p>La constitution de la retraite par rente incombe pour moitié à l'élu et pour moitié au département.</p>		
<p>Un décret en Conseil d'État fixe le plafond des taux de cotisation.</p>		
<p>Art. L. 3321-1. – Sont obligatoires pour le département :</p>		
<p>Les dépenses relatives au fonctionnement des organes délibérants et à l'entretien de l'hôtel du département ;</p>		
<p>2° Les dépenses relatives aux indemnités de fonction prévues aux articles L. 3123-15 à L. 3123-18 et aux frais de formation des élus visés à l'article L. 3123-12 ainsi que les cotisations au fonds institué par l'article L. 1621-2 ;</p>		
<p>3° Les cotisations au régime général de la sécurité sociale en application de l'article L. 3123-20-2 et les cotisations aux régimes de retraites des élus en application des articles L. 3123-21 à L. 3123-24 ;</p>	<p>9° Au 3° de l'article L. 3321-1, la référence à l'article L. 3123-21 est remplacée par la référence à l'article L. 3123-22 ;</p>	
<p>Art. L. 3542-1. – Ne sont pas obligatoires pour le Département de Mayotte les dépenses mentionnées aux 7°, 8°, 10° bis, 11° et 14° de l'article L. 3321-1.</p>		
<p>Les cotisations au régime général de la sécurité sociale en application de l'article L. 3123-20-2 et les cotisations au régime de retraite des élus en application de l'article L. 3123-21, mention-</p>	<p>10° Au deuxième alinéa de l'article L. 3542-1, les mots : « et les cotisations au régime de retraite des élus en application de l'article L. 3123-21 men-</p>	<p>10° Au deuxième ...</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>nées au 3° de l'article L. 3321-1, s'entendent des cotisations obligatoires pour l'employeur au titre du régime de sécurité sociale applicable à Mayotte.</p> <p>.....</p>	<p>tionnées au 3° de l'article L. 3321-1, » sont supprimés ;</p>	<p>... sont supprimés <i>et au troisième alinéa du même article, les mots : « du même article » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;</i></p> <p>Amendement AS 223</p>
<p>Art. L. 4135-20-2. – Lorsque le président du conseil régional ou tout vice-président ayant reçu délégation de celui-ci a cessé d'exercer toute activité professionnelle pour l'exercice de son mandat et ne relève plus, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale, il est affilié au régime général de la sécurité sociale pour les prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.</p> <p>Les cotisations des régions et celles de l'élu sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ce dernier en application des dispositions du présent code.</p> <p>Un décret fixe les conditions d'application du présent article.</p>	<p>11° À l'article L. 4135-20-2, le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Les membres du conseil régional sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions définies à l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale. » ;</p>	<p>« Les membres régime général de sécurité sociale dans sécurité sociale. » ;</p> <p>Amendement AS 221</p>
<p>Art. L. 4135-21. – Les présidents ou les vice-présidents ayant délégation de l'exécutif du conseil régional qui, pour la durée de leur mandat, ont cessé d'exercer leur activité professionnelle et n'acquièrent aucun droit à pension au titre d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse sont affiliés à l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale.</p>	<p>12° L'article L. 4135-21 est abrogé ;</p>	
<p>Art. L. 4135-22. – Les membres du conseil régional autres que ceux visés à l'article L. 4135-21 peuvent constituer une retraite par rente à la gestion de laquelle doivent participer les élus affiliés.</p> <p>La constitution de la retraite par rente incombe pour moitié à l'élu et pour moitié à la région.</p>	<p>13° À l'article L. 4135-22, les mots : « autres que ceux visés à l'article L. 4135-21 » sont supprimés ;</p>	
<p>Un décret en Conseil d'État fixe le plafond des taux de cotisation.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 4135-24. – Pour l'application des articles L. 4135-21 à L. 4135-23, les cotisations des régions et celles de leurs élus sont calculées sur le montant des indemnités effectivement perçues par ces derniers en application des dispositions de la section 3 du présent chapitre ou de tout autre texte régissant l'indemnisation de leurs fonctions.</p>	<p>14° À l'article L. 4135-25, la référence à l'article L. 4135-21 est remplacée par la référence à l'article L. 4135-22 ;</p>	<p>14° À l'article L. 4135-24, la référence ...</p>
<p>Les cotisations des élus ont un caractère personnel et obligatoire.</p>		<p>... L. 4135-22 ;</p>
<p>Art. L. 4321-1. – Sont obligatoires pour la région :</p>		<p>Amendement AS 224</p>
<p>1° Les dépenses relatives au fonctionnement des organes délibérants et à l'entretien de l'hôtel de la région ;</p>		
<p>2° Les dépenses relatives aux indemnités de fonction prévues aux articles L. 4135-15 à L. 4135-18 et aux frais de formation des élus visés à l'article L. 4135-12 ainsi que les cotisations des régions au fonds institué par l'article L. 1621-2 ;</p>		
<p>3° Les cotisations au régime général de la sécurité sociale en application de l'article L. 4135-20-2 et aux régimes de retraites des élus en application des articles L. 4135-21 à L. 4135-24 ;</p>	<p>15° À l'article L. 4321-1, la référence à l'article L. 4135-21 est remplacée par la référence à l'article L. 4135-22 ;</p>	
<p>Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012</p>	<p>Article 18</p>	<p>Article 18</p>
<p>Art.28. – I. – À compter du 1^{er} janvier 2013, les salariés et anciens salariés de la chambre de commerce et d'industrie de Paris et leurs ayants droit qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie du personnel de cet établissement sont affiliés ou pris en charge par le régime général de sécurité sociale pour les risques maladie, maternité et décès dans le respect des règles du régime général de la sécurité sociale. Il est mis fin à ce régime spécial à compter de cette même date.</p>	<p>Le I de l'article 28 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est ainsi modifié :</p>	<p>Sans modification</p>
	<p>1° Le premier alinéa est ainsi modifié :</p>	
	<p>a) Après les mots : « maternité et décès », sont insérés les mots : « , à l'exception des prestations en espèce prévues au 5° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale, » ;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de mise en œuvre du transfert prévu au premier alinéa, notamment les adaptations rendues nécessaires par ce transfert aux règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres Ier à III et VI du livre III du code de la sécurité sociale.</p>	<p>b) Il est inséré après la première phrase une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, les dispositions de l'article L. 131-9 du même code leur restent applicables. »</p>	
<p>Un décret fixe, pour une période transitoire commençant le 1^{er} janvier 2013 et prenant fin au plus tard le 31 décembre 2018, le taux des cotisations dues chaque année par la chambre de commerce et d'industrie de région Paris Ile-de-France, à raison de l'affiliation au régime général de sécurité sociale des assurés qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris, au régime général de sécurité sociale au titre de ces assurances sociales permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation des assurances maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale à la charge des employeurs en application des articles L. 241-1 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>2° À la dernière phrase du troisième alinéa, les mots : « des assurances maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale à la charge des employeurs en application des articles L. 241-1 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « à la charge de l'État fixé en application de l'article L. 712-9 du code de la sécurité sociale ».</p>	
<p>Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012</p>		<p><i>Article additionnel après l'article 18</i></p>
<p>Art. 37. – I. –</p>		
<p>XXIX. – À titre transitoire, la demande mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale est ouverte aux pédicures-podologues affiliés au régime mentionné à l'article L. 722-1 du même code à la date de publication de la présente loi. À cette fin, ils doivent adresser un courrier faisant état de leur choix à</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>l'organisme en charge du recouvrement des cotisations du régime général dont ils dépendent et au régime social des indépendants au plus tard le 31 mars 2012.</p>		<p><i>À la fin du XXIX de l'article 37 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, l'année : « 2012 » est remplacée par l'année « 2013 ».</i></p>
<p>Loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières</p>	<p>Article 19</p>	<p>Article 19</p>
<p>Art. 18. – I. –</p>		<p>Sans modification</p>
<p>V. – Les taux de la contribution tarifaire sont fixés par les ministres chargés de l'énergie, du budget et de la sécurité sociale, après avis de la Commission de régulation de l'énergie, en fonction des besoins prévisionnels des cinq prochaines années de la Caisse nationale des industries électriques et gazières pour le financement des charges définies au I au titre respectivement des activités de transport d'électricité, de transport de gaz naturel, de distribution d'électricité et de distribution de gaz naturel. Ils sont compris :</p>		
<p>– entre 5 % et 15 % appliqués à l'assiette définie au 1° du III en ce qui concerne les consommateurs raccordés au réseau public de transport d'électricité ou à un réseau public de distribution d'électricité de tension supérieure ou égale à 50 kilovolts et entre 15 % et 30 % appliqués à la même assiette en ce qui concerne les autres consommateurs raccordés aux réseaux publics de distribution d'électricité ;</p>		
<p>– entre 1 % et 10 % appliqués à la part de l'assiette définie au 2° du III qui concerne l'utilisation des réseaux de transport de gaz naturel et entre 10 % et 20 % appliqués à la part de cette même assiette qui concerne l'utilisation des réseaux publics de distribution de gaz naturel.</p>	<p>Au troisième alinéa du V de l'article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, les mots : « 10 % et 20 % » sont remplacés par les mots : « 15 % et 25 % ».</p>	
<p>.....</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	Article 20	Article 20
<p>Art. L. 137-15. – Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception :</p>	<p>I. – L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Sans modification</p>
<p>1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code ;</p>	<p>1° Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>2° (Abrogé)</p>	<p>« 3° Des indemnités de licenciement, de mise à la retraite ainsi que de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi qui sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du deuxième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ; »</p>	
<p>3° Des indemnités exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du deuxième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;</p>		
<p>4° De l'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme.</p>		
<p>Sont également soumises à cette contribution les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail.</p>		
<p>Sont également soumises à cette contribution les rémunérations visées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.</p>		

Dispositions en vigueur

Sont également soumises à cette contribution les sommes correspondant à la prise en charge par l'employeur de la part salariale des cotisations ou contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 242-1.

Par dérogation au premier alinéa, ne sont pas assujettis à cette contribution les employeurs de moins de dix salariés au titre des contributions versées au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance.

Art. L. 136-2. – I. –

II. – Sont inclus dans l'assiette de la contribution :

1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 3312-4 du code du travail ;

2° Les sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation conformément aux dispositions de l'article L. 3324-5 du code du travail, ainsi que les sommes versées par l'entreprise en application de l'article L. 3332-27 du même code ; la contribution est précomptée par l'entreprise ou l'organisme de gestion respectivement lors de la répartition de la réserve spéciale, ou lors du versement au plan d'épargne d'entreprise ;

3° a) L'indemnité parlementaire et l'indemnité de fonction prévues aux articles 1er et 2 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres

Texte du projet de loi

2° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sont également soumises à cette contribution les indemnités versées à l'occasion de la rupture conventionnelle mentionnée aux articles L. 1237-11 à L. 1237-15 du code du travail, pour leur part exclue de l'assiette de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 en application du 5° du II de l'article L. 136-2. »

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

du Parlement, l'indemnité de résidence, l'indemnité représentative de frais de mandat, au plus égale au montant brut cumulé des deux premières et versée à titre d'allocation spéciale pour frais par les assemblées à tous leurs membres, ainsi que, la plus élevée d'entre elles ne pouvant être supérieure de plus de la moitié à ce montant, les indemnités de fonction complémentaires versées, au même titre, en vertu d'une décision prise par le bureau desdites assemblées, à certains de leurs membres exerçant des fonctions particulières ;

b) Les indemnités versées aux représentants français au Parlement européen dans les conditions prévues à l'article 1^{er} de la loi n° 79-563 du 6 juillet 1979 relative à l'indemnité des représentants au Parlement européen et aux indemnités versées à ses membres par le Parlement européen ;

c) La rémunération et les indemnités par jour de présence versées aux membres du Conseil économique, social et environnemental en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 portant loi organique relative au Conseil économique et social ainsi que l'indemnité versée au Président et aux membres du Conseil constitutionnel en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel ;

d) Les indemnités versées par les collectivités locales, leurs groupements ou leurs établissements publics aux élus municipaux, cantonaux et régionaux ;

e) Les allocations versées à l'issue des mandats locaux par le fonds mentionné par l'article L. 1621-2 du code général des collectivités territoriales.

4° Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, à l'exception de celles visées au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

et au cinquième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ;

5° Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujéti aux cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujéties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles versées en cas de cessation forcée des fonctions des personnes visées au 5° bis du présent II. Sont également assujéties toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;

5° bis Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, ou, en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction de ces indemnités qui excède 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 ; Toutefois, en cas de cessation forcée des fonctions, les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujéties dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la cessation forcée des fonctions et de celles visées à la première phrase du 5° ;

6° (Abrogé) ;

Texte du projet de loi

II. – Au 5° du II de l'article L. 136-2 du même code, avant les mots : « Les indemnités de licenciement », sont insérés les mots : « Indépendamment de leur assujétissement à l'impôt sur le revenu, ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>7° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit.</p> <p>.....</p>	<p>III. – La seconde colonne intitulée « Pour les rémunérations ou gains soumis à la contribution de 20 % » du tableau de l'article L. 137-16 du même code est ainsi modifiée :</p>	
<p>Art. L. 137-16. – Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 20 %.</p>		
<p>Toutefois, ce taux est fixé à 8 % pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, ainsi que pour les sommes affectées à la réserve spéciale de participation conformément aux modalités définies à l'article L. 3323-3 du code du travail au sein des sociétés coopératives ouvrières de production soumises à la loi n° 78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives ouvrières de production.</p>		
<p>Le produit de cette contribution est réparti conformément au tableau suivant :</p>		
<p>Cf. tableau en annexe 3</p>	<p>1° Les mots : « 5 points » sont remplacés par les mots : « 6,1 points » ;</p>	
	<p>2° Les mots : « 6 points » sont remplacés par les mots : « 5,6 points » ;</p>	
	<p>3° Les mots : « 9 points » sont remplacés par les mots : « 8,3 points ».</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 862-2. – Les dépenses du fonds sont constituées :</p> <p>a) Par le versement aux organismes de sécurité sociale, au titre de chaque trimestre, d'un montant égal au produit de la somme prévue au III de l'article L. 862-4 par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel le versement est effectué, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du a de l'article L. 861-4 ;</p>	<p style="text-align: center;">Article 21</p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 862-2 sont remplacés par les six alinéas suivants :</p> <p>« a) Par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux a et b de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.</p> <p>« Le remboursement est effectué, dans la limite des sommes mentionnées au précédent alinéa, sur la base d'un forfait annuel par bénéficiaire dont le montant est fixé par décret. Ce forfait est revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année du niveau de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.</p> <p>« Le remboursement effectué à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application du précédent alinéa est majoré, dans la même limite, d'un versement du fonds permettant la prise en compte du niveau plus important des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 du fait des dispositions de l'article L. 861-6.</p> <p>« Le fonds transmet au Gouvernement, au plus tard le 1^{er} septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.</p> <p>« Les modalités d'application du présent a sont précisées par décret ;</p>	<p style="text-align: center;">Article 21</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
b) Par les montants des imputations mentionnées au III de l'article L. 862-4 ;	« b) Par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au b de l'article L. 861-4 du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1. » ;	
c) Par les frais de gestion administrative du fonds.		
Art. L. 862-3. – Les recettes du fonds sont constituées par :		
a) Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 ;		
b) Une dotation budgétaire de l'État destinée à équilibrer le fonds ;		
c) (Abrogé)		
d) (Abrogé)		
e) (Abrogé)		
Tout ou partie du report à nouveau positif du fonds est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.	2° Le dernier alinéa de l'article L. 862-3 est supprimé ;	
	3° Le III de l'article L. 862-4 est remplacé par les dispositions suivantes :	
Art. L. 862-4. – I. – Il est perçu, au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.		
La taxe est assise sur la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée au profit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.		

Dispositions en vigueur

Elle est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes. La taxe est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au deuxième alinéa à l'appui de leurs versements.

II. – Le taux de la taxe est fixé à 6,27 %.

III. – Les organismes visés au deuxième alinéa du I perçoivent, par imputation sur le montant de la taxe collectée selon les dispositions du même I et du II, un montant égal, pour chaque organisme, au produit de la somme de 92,50 € par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil considéré, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre du b de l'article L. 861-4. Ils perçoivent également, selon la même procédure, un montant correspondant, pour chaque organisme, au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil.

Art. L. 862-5. – La taxe visée aux I et II de l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Le contrôle de l'application par les organismes des dispositions du III de l'article L. 862-4

Texte du projet de loi

« III. – Les modalités des remboursements prévus aux a et b de l'article L. 862-2 sont précisées par décret. » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 862-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« La taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds institué à l'article L. 862-1, au vu notamment des

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>peut être délégué par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au fonds institué à l'article L. 862-1.</p>	<p>vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés. » ;</p>	
<p>Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.</p>		
<p>Art. L. 862-6. – Lorsque le montant de la taxe collectée en application des I et II de l'article L. 862-4 est inférieur au montant des imputations découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I du même article demandent au fonds le versement de cette différence au plus tard le dernier jour du premier mois du trimestre considéré. Le fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant.</p>	<p>5° À l'article L. 862-6, les mots : « au plus tard le dernier jour du premier mois du trimestre considéré. Le fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant. » sont remplacés par les mots : « dans des conditions fixées par décret. » ;</p>	
<p>Art. L. 862-7. – Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 :</p>	<p>6° Le a de l'article L. 862-7 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>a) Le fonds est habilité à procéder à tout contrôle sur les dépenses mentionnées aux a et b de l'article L. 862-2 et les imputations opérées en application du III de l'article L. 862-4 ;</p>	<p>« a) Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 ou au calcul des demandes de remboursements mentionnés aux a et b de l'article L. 862-2 ; ».</p>	
<p>b) Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ;</p>		
<p>c) Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les informations relatives aux cotisations émises ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des imputations mentionnées au III du même</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>article ; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mises en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ;</p>		
<p>d) Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes prises en charge et le montant des prestations servies au titre du a de l'article L. 861-4 ;</p>		
<p>e) L'Autorité de contrôle prudentiel et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent chaque année, avant le 1er juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4.</p>		
<p>Sur cette base, le Gouvernement établit un rapport faisant apparaître notamment l'évolution du montant des primes ou cotisations mentionnées à ce même I, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par ces organismes, du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité.</p>		
<p>Ce rapport est remis avant le 15 septembre au Parlement. Il est rendu public.</p>		
	<p>II. – À titre exceptionnel en 2013, la majoration du remboursement effectué à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application des dispositions du 1° du I du présent article tient compte des sommes engagées par la caisse au titre des exercices 2013 et 2012 dans la limite du résultat comptable du fonds en 2013.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code général des impôts</p> <p>Art. 995. – Sont exonérés de la taxe spéciale sur les conventions d’assurances :</p> <p>1° Les réassurances, sous réserve de ce qui est dit à l’article 1000 ;</p> <p>.....</p> <p>17° Les cotisations versées par les exploitants de remontées mécaniques dans le cadre du système mutualiste d’assurance contre les aléas climatiques</p>		<p><i>Article additionnel après l’article 21</i></p> <p>I. – L’article 995 du code général des impôts est complété par un 18° ainsi rédigé :</p>
Code général des impôts	Article 22	Article 22
<p>Art. 575. – Les tabacs manufacturés vendus dans les départements de la France continentale et les tabacs ainsi que le papier à rouler les cigarettes qui y sont importés sont soumis à un droit de consommation.</p> <p>Le droit de consommation sur les cigarettes comporte une part spécifique par unité de produit et une part proportionnelle au prix de détail. Toutefois, pour les cigarettes de la classe de prix de référence, le montant du droit de consommation est déterminé globalement en appliquant le taux normal de ce droit, prévu à l’article 575 A, à leur prix de vente au détail.</p>	<p>I. – L’article 575 du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. 575. – Les tabacs manufacturés vendus au détail ou importés dans les départements de la France continentale sont soumis à un droit de consommation.</p> <p>« Le droit de consommation sur les tabacs comporte une part spécifique par unité de produit ou de poids et une part proportionnelle au prix de vente au détail.</p> <p>« La part proportionnelle résulte de l’application du taux proportionnel au prix de vente au détail. La part spéci-</p>	<p>« 18° Les contrats d’assurance maladie complémentaire couvrant les ressortissants du régime étudiant de sécurité sociale, si ces garanties respectent les conditions définies à l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »</p> <p>II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la hausse de la contribution mentionnée à l’article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

La classe de prix de référence correspond au prix moyen pondéré de vente au détail exprimé pour mille cigarettes et arrondi à la demi-dizaine d'euros immédiatement supérieure.

Le prix moyen pondéré de vente au détail est calculé en fonction de la valeur totale de l'ensemble des cigarettes mises à la consommation, basée sur le prix de vente au détail toutes taxes comprises, divisée par la quantité totale de cigarettes mises à la consommation.

Le prix moyen pondéré de vente au détail et la classe de prix de référence sont établis au plus tard le 31 janvier de chaque année, sur la base des données concernant toutes les mises à la consommation effectuées l'année civile précédente, par arrêté du ministre chargé du budget.

La part spécifique est égale à 12 % de la charge fiscale totale afférente aux cigarettes de la classe de prix de référence et comprenant le droit de consommation et la taxe sur la valeur ajoutée.

Pour les cigarettes de la classe de prix de référence, la part proportionnelle est réputée égale à la différence entre le montant total du droit de consommation et la part spécifique définie ci-dessus. Le rapport entre cette part proportionnelle et le prix de vente au détail de ces cigarettes constitue le taux de base.

Pour les autres cigarettes, la part proportionnelle est déterminée en appliquant le taux de base à leur prix de vente au détail.

fique pour mille unités ou mille grammes résulte de l'application du taux spécifique à la classe de prix de référence. Le taux proportionnel est égal à la différence entre le taux normal et le taux spécifique. Le taux normal et le taux spécifique sont définis, par groupe de produits, à l'article 575 A.

« La classe de prix de référence d'un groupe de produits correspond au prix moyen pondéré de vente au détail exprimé pour mille unités ou mille grammes et arrondi à la demi-dizaine d'euros immédiatement supérieure.

« Le prix moyen pondéré de vente au détail est calculé par groupe de produits en fonction de la valeur totale de l'ensemble des unités mises à la consommation, basée sur le prix de vente au détail toutes taxes comprises, divisée par la quantité totale mise à la consommation.

« Le prix moyen pondéré de vente au détail et la classe de prix de référence sont établis pour chaque groupe de produits au plus tard le 31 janvier de chaque année, sur la base des données concernant toutes les mises à la consommation effectuées l'année civile précédente, par arrêté du ministre chargé du budget.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Le montant du droit de consommation applicable aux cigarettes ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé par 1 000 unités, majoré de 10 % pour les cigarettes dont le prix de vente est inférieur à 94 % de la classe de prix de référence.</p>	<p>« Le montant du droit de consommation applicable à un groupe de produits ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé par 1 000 unités ou 1 000 grammes, majoré de 10 % pour les produits dont le prix de vente est inférieur à 94 % de la classe de prix de référence du groupe considéré. Ce dernier pourcentage est fixé à 84 % pour les cigares et cigarillos.</p>	
<p>Les tabacs manufacturés autres que les cigarettes sont soumis à un taux normal applicable à leur prix de vente au détail, sous réserve d'un minimum de perception fixé par mille unités ou par mille grammes.</p>		
<p>Lorsque le prix de vente au détail homologué des cigarettes ou des tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes est inférieur, respectivement, à 95 % et 97 % du prix moyen de ces produits constaté par le dernier arrêté de prix, le montant des minimums de perception prévu à l'article 575 A peut être relevé par arrêté du ministre chargé du budget, dans la limite de 25 %.</p>		
<p>Lorsque la classe de prix de référence est inférieure de plus de 3 % à la moyenne des prix homologués, le pourcentage de 94 % mentionné au sixième alinéa peut être augmenté jusqu'à 110 % au titre de l'année en cours par arrêté du ministre chargé du budget.</p>	<p>« Lorsque la classe de prix de référence d'un groupe de produits est inférieure de plus de 3 % à la moyenne des prix homologués de ce groupe, les pourcentages de 94 % et 84 % mentionnés au précédent alinéa peuvent être respectivement augmentés jusqu'à 110 % et 100 % au titre de l'année en cours par arrêté du ministre chargé du budget.</p>	
	<p>« Lorsque le prix de vente au détail homologué d'un produit est inférieur à 95 % du prix moyen des produits du même groupe constaté par le dernier arrêté de prix, le montant des minimums de perception prévu à l'article 575 A peut être relevé par arrêté du ministre chargé du budget, dans la limite de 25 % . »</p>	
	<p>II. – L'article 575 A du même code est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	

Dispositions en vigueur

Art. 575 A. – Pour les différents groupes de produits définis à l'article 575, le taux normal est fixé conformément au tableau ci-après :

Groupe de produits	Taux normal
Cigarettes	64,25 %
Cigares	27,57 %
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	58,57 %
Autres tabacs à fumer	52,42 %
Tabacs à priser	45,57 %
Tabacs à mâcher	32,17 %

Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 183 € pour les cigarettes.

Il est fixé à 115 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, à 60 euros pour les autres tabacs à fumer et à 89 euros pour les cigares.

Art. 520 A. – I. – Il est perçu un droit spécifique :

Texte du projet de loi

« Art. 575 A. – Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, les taux de la part proportionnelle et de la part spécifique sont fixés conformément au tableau ci-après :

Groupe de produits	Taux normal	Taux spécifique
Cigarettes	64,25 %	12,5 %
Cigares	28 %	5 %
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	60 %	30 %
Autres tabacs à fumer	55 %	10 %
Tabacs à priser	50 %	0 %
Tabacs à mâcher	35 %	0 %

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 195 € pour 1 000 cigarettes et à 90 € pour 1 000 cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 125 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes et à 70 € pour les autres tabacs à fumer. »

III. – Les I et II s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2013.

À compter du 1^{er} juillet 2013, le tableau annexé au premier alinéa de l'article 575 A du code général des impôts est ainsi modifié :

1° À la deuxième ligne, les taux de 64,25 % et 12,5 % mentionnés aux deuxième et troisième colonnes sont respectivement fixés à 64,7 % et 15 % ;

2° À la quatrième ligne, le taux de 60 % mentionné à la deuxième colonne est fixé à 62 %.

Article 23

I. – Le I de l'article 520 A du code général des impôts est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Article 23

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
a) Sur les bières, dont le taux, par hectolitre, est fixé à :	1° Au troisième alinéa, le montant : « 1,38 » est remplacé par le montant : « 3,60 » ;	<i>Supprimé</i>
1,38 € par degré alcoolométrique pour les bières dont le titre alcoolométrique n'excède pas 2,8 % vol. ;	2° Au quatrième alinéa, le montant : « 2,75 » est remplacé par le montant : « 7,20 » ;	Amendement AS 259
2,75 € par degré alcoolométrique pour les autres bières ;	3° Au septième alinéa, le montant : « 1,38 » est remplacé par le montant : « 3,60 » ;	
Dans les dispositions du présent code relatives aux contributions indirectes, sont compris sous la dénomination de bière, tout produit relevant du code NC 2203 du tarif des douanes ainsi que tout produit contenant un mélange de bière et de boissons non alcooliques relevant du code NC 2206 du tarif des douanes et ayant dans l'un ou l'autre cas un titre alcoolométrique acquis supérieur à 0,5 % vol. ;	4° Au huitième alinéa, le montant : « 1,64 » est remplacé par le montant : « 4,32 » ;	
Par dérogation aux dispositions précédentes, le taux par hectolitre applicable aux bières produites par les petites brasseries indépendantes, dont le titre alcoolométrique excède 2,8 % vol., est fixé à :	5° Au neuvième alinéa, le montant : « 2,07 » est remplacé par le montant : « 5,40 ».	
1,38 € par degré alcoolométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est inférieure ou égale à 10 000 hectolitres ;		
1,64 € par degré alcoolométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 10 000 hectolitres et inférieure ou égale à 50 000 hectolitres ;		
2,07 € par degré alcoolométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 50 000 hectolitres et inférieure ou égale à 200 000 hectolitres.		
Le tarif du droit spécifique est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une		

Dispositions en vigueur

unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.

b) Sur les boissons non alcoolisées énumérées ci-après dont le tarif, par hectolitre, est fixé à :

0,54 € pour les eaux minérales naturelles ou artificielles, eaux de source et autres eaux potables, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées ou pasteurisées, ainsi que pour les boissons gazéifiées ou non, ne renfermant pas plus de 1,2 % vol. d'alcool, livrées à titre onéreux ou gratuit en fûts, bouteilles ou boîtes, à l'exception des sirops et des jus de fruits et de légumes et des nectars de fruits.

II. — Pour les eaux et boissons mentionnées au b du I, le droit est dû par les fabricants, les exploitants de sources, les importateurs et les personnes qui réalisent des acquisitions intracommunautaires sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit sur le marché intérieur, y compris la Corse et les départements d'outre-mer.

Le droit est liquidé lors du dépôt, au service de l'administration dont dépend le redevable, du relevé des quantités livrées au cours du mois précédent. Ce relevé doit être déposé et l'impôt acquitté avant le 25 de chaque mois.

Les expéditions vers un autre État membre de la Communauté européenne et les exportations vers un pays tiers sont exonérées du paiement du droit spécifique lorsqu'elles sont réalisées directement et sans intermédiaire par les personnes mentionnées au premier alinéa ou par une société de distribution.

III. — Les modalités d'application des dispositions qui précèdent seront, en tant que de besoin, fixées par décret.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	II. – L'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :	II. – <i>Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</i>
Art. L. 241-2. – Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :	<u>« 9° Une fraction égale à 39 % du produit du droit spécifique sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts. »</u>	<i>1° Le 7° de l'article L. 131-8 est ainsi modifié :</i>
Art. L. 131-8. – Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :		
7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :		
a) À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 58,10 % ;		<i>a) À la fin du a), le taux : « 58,10 % » est remplacé par le taux : « 66,30 % » ;</i>
b) À la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 7,86 % ;		
c) À la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 15,44 % ;		<i>b) À la fin du c), le taux : « 15,44 % » est remplacé par le taux : « 9,50 % » ;</i>
d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;		
e) Aux branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 9,18 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;		

Dispositions en vigueur

f) 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 fraction correspondant à 0,60 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;

g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ;

h) Au fonds mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation, pour une fraction correspondant à 1,48 % ;

i) Au fonds mentionné à l'article L. 5423-24 du code du travail, pour une fraction correspondant à 1,25 % ;

j) À la compensation, dans les conditions définies à l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008, des mesures définies aux articles L. 241-17 et L. 241-18 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,89 %. (Disposition abrogée à compter du 1er janvier 2013).

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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

c) Après le mot : « article », la fin du h) est ainsi rédigée : « L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,10 % ; »

Amendement AS 233

2° Les six premiers alinéas de l'article L. 862-3 sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 862-3. – Les recettes du fonds sont constituées par :</p>		<p>« Art. L. 862-3. – Les recettes du fonds <i>institué à l'article L. 862 1 sont constituées du produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 et d'une fraction, fixée à l'article L. 131-8, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts.</i> »</p>
<p>a) Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 ;</p>		
<p>b) Une dotation budgétaire de l'État destinée à équilibrer le fonds ;</p>		
<p>c) (Abrogé)</p>		
<p>d) (Abrogé)</p>		
<p>e) (Abrogé)</p>		
<p>Tout ou partie du report à nouveau positif du fonds est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p>		
<p>Code rural et de la pêche maritime</p>		<p><i>III. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</i></p>
<p>Art. L. 731-2. – Le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par :</p>		<p><i>1° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :</i></p>
<p>1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ;</p>		
<p>2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code ;</p>		
<p>3° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 138-1 et L. 138-10 du même code, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 138-8 du même code ;</p>		
		<p><i>a) Le 4° est rétabli dans la rédaction suivante :</i></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
4° (Abrogé)		<i>« 4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ;</i>
5° Une fraction égale à 43,7 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ;		<i>« b) Au 5°, le taux : « 43,7 % » est remplacé par le taux : « 57,8 % » ;</i>
Amendement AS 233		
Art. L. 731-3. – Le financement des prestations d'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par :		
1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance vieillesse et veuvage des non-salariés agricoles ;		
2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ;		
2° bis Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts		
3° Une fraction égale à 56,3 % du produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ;		<i>« 2° Au 3° de l'article L. 731-3, le taux : « 56,3 % » est remplacé par le taux : « 42,2 % » ».</i>
Amendement AS 233		
4° Le produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;		
4° bis Le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts ;	<u>III. – Au 4° bis de l'article L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « Le produit » sont remplacés par les mots : « Une fraction égale à 61 % du produit ».</u>	
		<i>IV. – Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 31 décembre 2013, un rapport relatif aux conditions de mise en place d'un dispositif parafiscal cohérent sur l'ensemble des boissons alcoolisées.</i>
		Amendement AS 112

Dispositions en vigueur

—

Code général des impôts

Texte du projet de loi

—

Propositions de la Commission

—

Article additionnel après l'article 23

I. – Après l'article 520 C du code général des impôts, est inséré un article 520 D ainsi rédigé :

« Art. 520 D. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 mg de caféine pour 1 000 ml ou un seuil minimal de 300 mg de taurine pour 1000 ml, destinées à la consommation humaine :

« 1° Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2° Contenant des sucres ajoutés ;

« 3° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

II. – Le taux de la contribution est fixé à 200 € par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au Journal officiel.

« III. – 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui en réalisent en France des acquisitions intra-communautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I,

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV. – Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au 1° du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou à une exportation vers un pays tiers, acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier des dispositions du précédent alinéa, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et dans tous les cas au service des douanes dont ils dépendent, une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnée au précédent alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

« V. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais. »

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code rural et de la pêche maritime	Art. L. 731-2. – Le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par :	<i>II. – Après le 4° de l'article L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 4° bis ainsi rédigé :</i>
1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ;	2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code ;	<i>« 4° bis Le produit de la contribution mentionnée à l'article 520 D du code général des impôts ; ».</i>
3° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 138-1 et L. 138-10 du même code, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 138-8 du même code ;	4° (Abrogé)	Amendement AS 260
Code général des impôts	Article 24	Article 24
Art. 1600-0 N. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France de médicaments et de produits de santé définis au II du présent article sont soumises à une taxe annuelle per-	I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :	A. – L'article 1600-0 N est ainsi modifié :
	1° Le I est remplacé par les dispositions suivantes :	« I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui assurent en France l'exploitation, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, et la vente de médicaments et de produits de santé mentionnés au II du présent article, sont sou-

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>que au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>mises à une taxe annuelle perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;</p>	
<p>II. – Les médicaments et produits de santé mentionnés au I sont les médicaments et produits de santé ayant fait l'objet d'un enregistrement au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 au sens de l'article L. 5121-8 du même code, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, établissant des procédures communautaires pour l'auto-risation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments, ou d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code.</p>		
<p>III. – L'assiette de la taxe est constituée, pour chaque médicament ou produit de santé mentionné au II, par le montant total hors taxe sur la valeur ajoutée des ventes, quelle que soit la contenance des conditionnements dans lesquels ces médicaments ou produits sont vendus, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes des médicaments et produits qui sont exportés hors de l'Union européenne, ainsi que des ventes de médicaments et produits expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne et des ventes de médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins.</p>		
<p>IV. – Le montant de la taxe est fixé forfaitairement pour chaque médicament ou produit de santé mentionné au II à :</p>		
<p>a) 499 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 000 € et 76 000 € ;</p>		
<p>b) 1 636 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 76 001 € et 380 000 € ;</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>c) 2 634 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 380 001 € et 760 000 € ;</p> <p>d) 3 890 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 760 001 € et 1 500 000 € ;</p> <p>e) 6 583 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 500 001 € et 5 000 000 € ;</p> <p>f) 13 166 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 5 000 001 € et 10 000 000 € ;</p> <p>g) 19 749 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 10 000 001 € et 15 000 000 € ;</p> <p>h) 26 332 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 15 000 001 € et 30 000 000 € ;</p> <p>i) 33 913 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est supérieur à 30 000 000 €.</p>	<p>2° Le V est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« V. – Le fait générateur et l'exigibilité de la taxe interviennent lors de la vente de chaque médicament ou produit de santé mentionné au II. »</p> <p>B. – L'article 1635 bis AE est modifié ainsi qu'il suit :</p> <p>1° Le I est ainsi modifié :</p>	
<p>V. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de médicaments et produits de santé mentionnés au II.</p>		
<p>Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente de chaque médicament ou produit de santé mentionné au même II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.</p>		
<p>Art. 1635 bis AE. – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs sa-</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>lariés le dépôt auprès de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique de chaque :</p>		
<p>1° Demande d'enregistrement mentionnée aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;</p>		
<p>2° Demande d'enregistrement mentionnée à l'article L. 5121-14-1 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;</p>		
<p>3° Demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de renouvellement ou de chaque demande ou notification de modification de cette autorisation ;</p>		
<p>4° Demande de reconnaissance par au moins un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le directeur général de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1, mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de modification de cette autorisation ;</p>		
<p>5° Demande d'autorisation d'importation parallèle conformément à l'article L. 5124-13 du même code et de chaque demande de modification ou de renouvellement de cette autorisation ;</p>		
<p>6° Demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité mentionné aux articles L. 5122-8 et L. 5122-14 du même code ;</p>	<p>a) Le 6° est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>7° Dépôt de publicité mentionné aux articles L. 5122-9 et L. 5122-14 du même code.</p>	<p>« 6° Demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité, mentionné aux articles L. 5122-8, L. 5122-9 et L. 5122-14 du même code ; »</p>	
	<p>b) Le 7° est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
	<p>« 7° Demande d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation de publicité, mentionnée aux articles L. 5213-4 et L. 5223-3 du même code. » ;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>II. – Le montant du droit dû à raison des dépôts mentionnés au I est fixé par décret dans la limite maximale de :</p> <p>a) 7 600 € pour les demandes mentionnées au 1° du I ;</p> <p>b) 21 000 € pour les demandes mentionnées au 2° du I ;</p> <p>c) 50 000 € pour les demandes mentionnées aux 3° à 5° du I ;</p> <p>d) 1 200 € pour les demandes mentionnées aux 6° et 7° du I.</p>	<p>2° Le III est ainsi modifié :</p>	
<p>III. – Le versement du droit est accompagné d'une déclaration dont le modèle est fixé par l'administration. Le droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. Il est donné quittance de son versement. À défaut de production de la quittance à l'appui de son dépôt à l'agence ou en cas de versement d'un montant insuffisant, le dossier de la demande est réputé incomplet et la publicité mentionnée au 7° du I est réputée non déposée.</p>	<p>a) Au premier alinéa, les mots : « et la publicité mentionnée au 7° du I est réputée non déposée » sont supprimés ;</p>	
<p>Lorsque le dossier d'une demande mentionnée au I est complet ou que la publicité mentionnée au 7° du même I est déposée, le droit versé n'est restituable qu'à concurrence de la fraction de son montant dont l'agence a antérieurement constaté l'insuffisance de versement.</p>	<p>b) Au second alinéa, les mots : « ou que la publicité mentionnée au 7° du même I est déposée » sont supprimés.</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 138-4. – La contribution est versée de manière provisionnelle le 1^{er} septembre de chaque année, pour un montant correspondant à 80 % de la contribution due au titre de l'année civile précédente. Une régularisation annuelle intervient au 31 mars de l'année suivante, sur la base du chiffre d'affaires réalisé pendant l'année civile et déclaré le 15 février de l'année suivante.</p>	<p>1° À l'article L. 138-4, les mots : « le 1^{er} septembre » sont remplacés par les mots : « le 1^{er} juin », les mots : « au 31 mars de l'année suivante » par les mots : « au 1^{er} mars de l'année suivante » et les mots : « pendant l'année civile et déclaré le 15 février de l'année suivante » par les mots : « au cours de l'année civile » ;</p>	
<p>Art. L. 138-12. – La fraction de la part de la contribution prévue au a de</p>		

Dispositions en vigueur

l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre son chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, et le montant total du chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, déclaré par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.

La fraction de la part de la contribution visée au b de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre la progression de son chiffre d'affaires et la somme des progressions de chiffres d'affaires supérieures au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, déclarées par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.

La fraction de la part de la contribution visée au c de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre le montant versé par l'entreprise en application de l'article L. 245-1 et le montant total de la contribution versée au même titre par l'ensemble des entreprises redevables de la contribution prévue à l'article L. 138-10 à l'échéance du 1^{er} décembre de l'année au titre de laquelle la contribution visée à l'article L. 138-10 est due, multiplié par le montant total de ladite part.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les éléments nécessaires au calcul des parts de contribution susmentionnées.

Le montant de la contribution ne peut excéder, pour chaque entreprise assujettie, 10 % du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-10.

Les entreprises exonérées de la contribution versée en application de l'article L. 245-1 sont exonérées de la fraction de la part de contribution visée au c de l'article L. 138-11.

Texte du projet de loi

2° À l'article L. 138-12, les mots : « 1^{er} décembre de l'année » sont remplacés par les mots : « 1^{er} mars de l'année suivant celle » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 138-13. – Les parts de la contribution mentionnées au a et au b de l'article L. 138-11 font l'objet d'un versement au plus tard le 30 juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p>	<p>3° L'article L. 138-13 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots « le 30 juin » sont remplacés par les mots : « le 1^{er} juin » ;</p> <p>b) Le second alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p><i>3° bis L'article L. 245-2 est ainsi modifié :</i></p>
<p>La part de la contribution mentionnée au c de l'article L. 138-11 fait l'objet d'un versement provisionnel au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ce versement provisionnel est assis sur les sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1^{er} décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due. Ce montant est régularisé le 30 juin de l'année suivant l'année au cours de laquelle est effectué le versement provisionnel. Cette régularisation est établie sur la base des sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1^{er} décembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.</p>	<p>« La part de la contribution mentionnée au c de l'article L. 138-11 fait l'objet d'un versement provisionnel au plus tard le 1^{er} juin de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ce versement provisionnel est assis sur les sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1^{er} mars précédant. Ce montant est régularisé le 1^{er} juin de l'année suivant l'année au cours de laquelle est effectué le versement provisionnel. Cette régularisation est établie sur la base des sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1^{er} mars précédant cette date. » ;</p>	
<p>Art. L. 245-2. – I. – La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :</p>		
<p>1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste</p>		

Dispositions en vigueur

mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

2° Des remboursements de frais de transport, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;

3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires dès lors qu'une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique y est mentionnée.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

a) Le 3° du I est ainsi rédigé :

« 3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, à l'exception des frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent et des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant une spécialité pharmaceutique non inscrite sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L.162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. »

« b) Le I est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux alinéas précédents à hauteur du montant hors taxe facturé ».

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies ci-dessus parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités remboursables et agréées à l'usage des collectivités et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant au centième par défaut. »

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 245-5-1 A. – La contribution est versée pour moitié au plus tard le 1^{er} juin de chaque année et, pour le solde, au plus tard le 1^{er} décembre de chaque année.</p>	<p>4° À l'article L. 245-5-1 A, les mots : « le 1^{er} décembre de chaque année » sont remplacés par les mots : « le 1^{er} mars de l'année suivante » ;</p>	<p>4° bis L'article L. 245-5-2 est ainsi modifié :</p>
<p>Art. L. 245-5-2. – La contribution est assise sur les charges comptabilisées au titre du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :</p>		
<p>1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes, qu'elles soient ou non salariées des entreprises redevables de la contribution, qui interviennent en France aux fins de présenter, promouvoir ou vendre les produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique, auprès des masseurs-kinésithérapeutes ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à la promotion, la présentation ou la vente des produits et prestations aux titres Ier et III sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;</p>		
<p>2° Des remboursements de frais de transports, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;</p>		
<p>3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, sauf dans la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret, dès lors qu'un des dispositifs, tissus, cellules, produits ou prestations y est mentionné.</p>		<p>a) Le 3° est ainsi rédigé :</p>
		<p>« 3° Des frais de publication et des achats d'espace publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, à l'exception des frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent. »</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Il est procédé sur l'assiette définie aux alinéas précédents à un abattement forfaitaire de 50 000 euros. Cet abattement est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois.

Le taux de la contribution est fixé à 15 %.

Art. L. 245-5-5. – La contribution est versée pour moitié au plus tard le 1er juin de chaque année et, pour le solde, au plus tard le 1^{er} décembre de chaque année.

La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires sont précisées par décret en Conseil d'État.

5° A l'article L. 245-5-5, les mots : « le 1^{er} décembre de chaque année » sont remplacés par les mots : « le 1^{er} mars de l'année suivante » ;

b) Il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux alinéas précédents à hauteur du montant hors taxe facturé » ;

c) Avant le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies ci-dessus parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 et celui de l'ensemble des produits et prestations fabriqués, importés ou distribués par l'entreprise. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant au centième par défaut. »

Amendement AS 261

Dispositions en vigueur

Art. L. 245-6. – Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code et à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros. Le chiffre d'affaires concerné s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national pour une liste de produits fixée par arrêté et dans des conditions définies par une convention tripartite passée entre l'État, un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les entreprises fabriquant ou

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

exploitant des médicaments et un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les grossistes-répartiteurs.

Le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2012, 2013 et 2014 est fixé à 1,6 %. La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

La contribution est versée de manière provisionnelle le 15 avril de l'année au titre de laquelle elle est due, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini au deuxième alinéa et réalisé au cours de l'année civile précédente par le taux défini au troisième alinéa. Une régularisation intervient au 15 avril de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.

Art. L. 245-6. – Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un

Texte du projet de loi

6° Au quatrième alinéa de l'article L. 245-6, les mots : « le 15 avril de l'année au titre de laquelle elle est due » sont remplacés par les mots : « le 1^{er} juin de l'année au titre de laquelle elle est due » et les mots : « au 15 avril de l'année suivant » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} mars de l'année suivant ».

Propositions de la Commission

Article additionnel après l'article 24

Dispositions en vigueur

tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code et à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros. Le chiffre d'affaires concerné s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national pour une liste de produits fixée par arrêté et dans des conditions définies par une convention tripartite passée entre l'État, un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les entreprises fabriquant ou exploitant des médicaments et un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les grossistes-répartiteurs.

Le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2012, 2013 et 2014 est fixé à 1,6 %. La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

La contribution est versée de manière provisionnelle le 15 avril de l'année au titre de laquelle elle est due, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini au deuxième alinéa et réalisé au cours de l'année civile précédente par le taux défini au troisième alinéa. Une régularisation intervient au 15 avril de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Après le mot : « années », la fin du troisième alinéa de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « 2013 à 2016 est fixé à 1,65 % »

Amendement AS 238

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 25

Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2013 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux K est fixé à 0,4 %.

Article 25

Sans modification

Article 26

Est approuvé le montant de 3,1 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Article 26

Sans modification

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 27

Pour l'année 2013, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

Article 27

Sans modification

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

Cf. tableau en annexe 1

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

Cf. tableau en annexe 1

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

Cf. tableau en annexe 1

Article 28

Pour l'année 2013, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

Cf. tableau en annexe 1

Article 28

Sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 29

Pour l'année 2013, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

Cf. tableau en annexe 1

Article 29

Sans modification

Article 30

Pour l'année 2013, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

Cf. tableau en annexe 1

Article 30

Sans modification

Article 31

I. – Pour l'année 2013, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 12,4 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2013, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

Cf. tableau en annexe 1

III. – Pour l'année 2013, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

Cf. tableau en annexe 1

Article 31

Sans modification

Article 32

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2013 à 2016), 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.

Article 32

Cf. Annexe B en annexe 2

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code rural et de la pêche maritime	<p>Section 3 Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité</p>	<p>Section 3 Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité</p>
	<p>Article 33</p>	<p>Article 33</p>
	<p>I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	
	<p>1° L'article L. 723-11 est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 723-11. – La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions :</p>		
<p>1° De représenter la mutualité sociale agricole auprès des pouvoirs publics ;</p>		
<p>2° De participer à toutes opérations de nature à faciliter l'exercice par les caisses de mutualité sociale agricole de leurs attributions, notamment :</p>		
<p>a) En apportant aux caisses l'information et la documentation relatives à l'application de la législation sociale agricole ;</p>		
<p>b) En mettant en oeuvre des traitements automatisés permettant d'identifier sur le plan national les bénéficiaires des régimes de protection sociale agricole et de centraliser les informations nécessaires à la détermination des prestations dues aux assurés ;</p>		
<p>c) En assurant la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 et en passant, pour son propre compte et celui desdits organismes, des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par la caisse centrale ou les organismes de mutualité sociale agricole ;</p>		
<p>d) En passant des conventions dans les matières et avec les organismes définis aux articles L. 723-7, L. 723-8 et L. 723-9 qui, lorsqu'elles ont été approuvées par le ministre chargé de l'agriculture, sont applicables de droit dans l'ensemble des organismes de Mutualité sociale agricole ;</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>3° D'assurer la gestion de risques ou de fonds dans les cas prévus par la législation ;</p>	<p>a) Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; »</p>	
<p>4° De gérer les opérations de compensation en matière de gestion, d'action sanitaire et sociale et de contrôle médical des caisses de mutualité sociale agricole ;</p>		
<p>5° De procéder aux répartitions des recettes et compensations de charges dans les conditions prévues par décret ;</p>		
<p>6° De promouvoir et animer l'action sanitaire et sociale ;</p>		
<p>7° De promouvoir la prévention des accidents du travail des salariés agricoles ;</p>		
<p>8° De promouvoir la prévention des accidents du travail des personnes non salariées mentionnées à l'article L. 752-1 ;</p>		
<p>9° De contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux et, par ses avis, à la définition des orientations et des conditions de mise en oeuvre de la politique de développement rural en matière sanitaire et sociale ;</p>		
<p>10° De prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole et de confier à certains d'entre eux la charge d'assumer des missions communes ;</p>		
<p>11° De mettre en oeuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L. 723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations.</p>		

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 726-2. – Il est créé un fonds spécial d'action sociale destiné à promouvoir et à développer une action sociale en faveur de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie, invalidité, maternité des non-salariés et, particulièrement, des plus défavorisés.

Ce fonds, géré par la mutualité sociale agricole, est administré par un comité national et des comités départementaux d'action sociale où sont représentés exclusivement les organismes et assureurs compte tenu du nombre de leurs adhérents.

Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article et notamment la part des cotisations complémentaires prévues à l'article L. 731-10 affectée au financement du fonds spécial, les diverses catégories de prestations supplémentaires pouvant être allouées, les règles de fonctionnement du fonds spécial, la composition et le rôle du comité national et des comités départementaux.

Art. L. 731-2. – Le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par :

b) Il est complété par un 12° ainsi rédigé :

« 12° D'assurer la gestion commune de la trésorerie des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 ainsi que celle des groupements mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-14. L'individualisation de la trésorerie des différentes branches des régimes des salariés et des non salariés agricoles est assurée par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable, dans des conditions fixées par décret. » ;

2° Au troisième alinéa de l'article L. 726-2, après les mots : « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article », la fin de la phrase est supprimée ;

3° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « prestations d'assurance maladie, » sont remplacés par les mots : « assurances maladie, » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ;</p> <hr/>	<p>b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »</p>	
<p>Art. L. 731-3. – Le financement des prestations d'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par :</p>	<p>4° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « des prestations d'assurance vieillesse » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;</p>	
<p>1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance vieillesse et veuvage des non-salariés agricoles ;</p> <hr/>	<p>b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »</p>	
<p>Art. L. 731-10. – Les cotisations à la charge des assujettis aux prestations familiales et aux assurances maladie, invalidité, maternité, vieillesse et veuvage des non-salariés des professions agricoles sont assises et perçues par les caisses de mutualité sociale agricole et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30. Elles sont affectées pour partie au service des prestations et pour partie aux dépenses complémentaires qui comprennent, notamment, les frais de gestion, le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale.</p>	<p>5° L'article L. 731-10 est ainsi modifié :</p> <p>a) La deuxième phrase du premier alinéa est remplacée par la phrase suivante :</p> <p>« Le taux de ces cotisations est fixé par décret. » ;</p>	
<p>Un décret fixe les conditions dans lesquelles sont déterminées les cotisations affectées aux dépenses complémentaires au titre des différentes branches du régime des non-salariés mentionnées à l'alinéa ci-dessus.</p>	<p>b) Le deuxième alinéa est supprimé ;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 731-13. – Les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole bénéficient d'une exonération partielle des cotisations techniques et complémentaires d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation ou entreprise.</p>	<p>6° L'article L. 731-13 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « techniques et complémentaires » sont supprimés ;</p>	
<p>Cette exonération est applicable pendant cinq années civiles aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal à compter de la première année au titre de laquelle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole sont dues. Toutefois, en cas de cessation temporaire d'activité avant la fin de la période d'exonération, le bénéfice de celle-ci est suspendu. Il est rétabli à la reprise d'activité pour la durée d'exonération restant à courir à condition que la cessation d'activité n'excède pas une durée fixée par décret. Pour bénéficiaire de l'exonération, ils doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles ; un décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d'âge.</p>		
<p>Pour l'année 2009, cette exonération est applicable une année supplémentaire aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour lesquels la cinquième année civile d'exonération s'est terminée le 31 décembre 2008.</p>	<p>b) Le troisième alinéa est supprimé ;</p>	
<p>Les taux d'exonération, le plafond des exonérations et le montant minimal de cotisations dont les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole sont redevables sont déterminés par décret.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 731-38. – Les cotisations dues pour les personnes mentionnées au 6° de l'article L. 722-10, pour la couverture des risques assurés et des dépenses complémentaires y afférentes, sont intégralement à la charge des organismes assureurs débiteurs des pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1^{er} avril 2002.</p>	<p>7° Au premier alinéa de l'article L. 731-38, les mots : « , pour la couverture des risques assurés et des dépenses complémentaires y afférentes, » sont supprimés ;</p>	
<p>Les personnes mentionnées au 7° de l'article L. 722-10 sont exonérées de cotisations au titre des rentes visées à l'article L. 752-6.</p>		
<p>Art. L. 731-45. – Les ressources des assurances maladie, maternité et invalidité garantissant les personnes mentionnées du 1° au 5° de l'article L. 722-10 sont notamment constituées par 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.</p>	<p>8° Le deuxième alinéa de l'article L. 731-45 est supprimé ;</p>	
<p>À compter de 2002, au sein de la part versée au régime d'assurance maladie des exploitations agricoles en application de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, un prélèvement sur le produit de la contribution sociale généralisée est affecté à la gestion des caisses de la mutualité sociale agricole et des organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30 du présent code. Le montant du prélèvement est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de l'agriculture et du budget, dans la limite de 31 millions d'euros.</p>	<p>9° L'article L. 741-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) La deuxième phrase du premier alinéa est remplacée par une phrase ainsi rédigée :</p>	
<p>Art. L. 741-1. – Les cotisations dues au titre des prestations familiales et des assurances sociales pour l'emploi de salariés agricoles peuvent être calculées par les caisses de mutualité sociale agricole qui les recouvrent dans des conditions déterminées par décret. Elles sont affectées pour partie au service des prestations et pour partie aux dépenses complémentaires qui comprennent, notamment, les frais de gestion, le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale.</p>	<p>« Le taux de ces cotisations est fixé selon les modalités prévues aux articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, sauf dérogations prévues par décret. » ;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Un décret fixe les conditions dans lesquelles sont déterminées les cotisations affectées aux dépenses complémentaires au titre des différentes branches du régime des salariés.</p>	<p>b) Le deuxième alinéa est supprimé ;</p>	
<p>Art. L. 762-11. – Un décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations prévues à l'article L. 762-9 sont majorées pour la couverture des frais de gestion et pour le financement de l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>10° L'article L. 762-11 est abrogé ;</p>	
<p>Art. L. 762-12. – Un décret fixe les conditions dans lesquelles est assurée la couverture par chaque caisse des dépenses résultant de l'application de la présente section. Il précise notamment les conditions dans lesquelles sont mises à la disposition des caisses par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, les sommes nécessaires au règlement des prestations prévues à l'article L. 762-6, ainsi que les conditions dans lesquelles sont assurés la couverture des frais de gestion exposés par les caisses et le financement de l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>11° L'article L. 762-12 est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 762-21. – Le montant des cotisations dues pour la couverture des risques obligatoirement assurés en application de la présente section ainsi que leurs modalités d'appel et d'exigibilité sont fixés par décret. Le même décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations sont majorées pour la couverture des frais de gestion et d'action sociale.</p>	<p>a) Dans la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;</p>	
<p>Dans le bail à métayage, la cotisation est partagée entre le preneur et le bailleur dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 762-33 pour le partage de la cotisation cadastrale de l'assurance vieillesse.</p>	<p>b) Dans la seconde phrase, les mots : « au règlement des prestations prévues à l'article L. 762-6, ainsi que les conditions dans lesquelles sont assurés la couverture des frais de gestion exposés par les caisses et le financement de l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale. » sont remplacés par les mots : « à la couverture de ces charges. » ;</p>	
<p>L'assiette des cotisations dues par les associés exploitants d'une exploitation agricole à responsabilité limi-</p>	<p>12° À l'article L. 762-21, la deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>tée constituée en application de l'article L. 324-1 est répartie entre les associés exploitants dans les conditions prévues à l'article L. 731-26.</p>	<p>13° L'article L. 762-24 est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 762-24. – Un décret fixe les conditions dans lesquelles est assurée la couverture par chaque caisse des dépenses résultant de l'application de la présente section. Il précise notamment les conditions dans lesquelles sont mises à la disposition des caisses par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, les sommes nécessaires au règlement des prestations légales ainsi que les conditions dans lesquelles est assurée la couverture des frais de gestion exposés par les caisses.</p>	<p>a) Dans la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;</p> <p>b) Dans la seconde phrase, les mots : « au règlement des prestations légales ainsi que les conditions dans lesquelles est assurée la couverture des frais de gestion exposés par les caisses » sont remplacés par les mots : « à la couverture de ces charges » ;</p>	
<p>Art. L. 762-33. – Le taux de la cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 est égal à la moitié du taux appliqué dans la métropole.</p>	<p>14° L'article L. 762-33 est ainsi modifié :</p>	
<p>Les modalités de calcul et les taux des cotisations prévues au 2° de l'article L. 731-42 sont fixés par décret. Les personnes morales de droit privé exploitant des terres sont assujetties au paiement de cette cotisation.</p>	<p>a) Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>Dans le bail à métayage, le preneur et le bailleur sont tenus l'un et l'autre au paiement de la cotisation prévue au premier alinéa du présent article ; la cotisation prévue au deuxième alinéa est partagée entre eux selon une proportion fixée par décret.</p>	<p>« La cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 varie en fonction de la superficie pondérée de l'exploitation. Un décret fixe les modalités de calcul de cette cotisation. » ;</p>	
<p>Un décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations sont majorées pour la couverture des frais de gestion.</p>	<p>b) Le dernier alinéa est supprimé.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 134-6. – Nonobstant toutes dispositions contraires, l'ensemble des prestations légales d'assurances sociales et d'allocations familiales servies aux salariés du régime agricole ainsi que les ressources destinées à la couverture de ces prestations sont retracées dans les comptes des caisses nationales du régime général, dans les conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'État, sous réserve du maintien de la gestion des régimes sociaux agricoles par les caisses de la mutualité sociale agricole.</p>	<p>1° L'article L. 134-6 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>Cette mesure ne peut en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles.</p>	<p>« Art. L. 134-6. – L'ensemble des charges et des produits de la branche du régime des salariés agricoles mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime sont retracés dans les comptes des caisses nationales du régime général qui en assurent l'équilibre financier.</p>	
<p>Les ressources affectées aux prestations familiales servies aux salariés agricoles sont constituées par :</p>	<p>« Les modalités d'application du premier alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État.</p>	
<p>1°) une fraction, déterminée chaque année par voie réglementaire, des cotisations fixées à l'article 1062 du code rural destinées au service des prestations légales ;</p>	<p>« Ces dispositions ne peuvent en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles. » ;</p>	
<p>2°) les versements du fonds national de surcompensation des prestations familiales au titre des salariés agricoles.</p>		
<p>Les ressources affectées aux assurances sociales des salariés agricoles s'entendent de :</p>		
<p>1°) la fraction des cotisations mentionnées à l'article 1031 du code rural destinée au service des prestations légales ;</p>		
<p>2°) les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-3-1 ainsi que les contributions du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2.</p>		

Dispositions en vigueur

Art. L. 134-9. – La compensation prévue à l'article L. 134-7 du présent code sera mise en oeuvre intégralement lorsque les taux globaux de cotisations dues au titre de l'emploi des travailleurs salariés agricoles pour les assurances maladie et vieillesse et pour les prestations familiales auront été harmonisés avec les taux de cotisations du régime général de sécurité sociale.

Jusqu'à réalisation de cette harmonisation, les transferts de compensation à la charge du régime général de sécurité sociale seront calculés en tenant compte, au cours de chaque exercice annuel, de la réduction de l'écart existant au 30 juin 1977 entre les taux de cotisations mentionnés à l'alinéa précédent.

Art. L. 134-10 – Les dispositions des articles L. 134-7, L. 134-8 et L. 134-9, ci-dessus sont applicables aux salariés agricoles relevant du régime d'assurance contre les accidents définis par le code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Art. L. 134-11-1. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés retrace en solde, dans les comptes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, la différence entre les charges et les produits de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code.

Un décret détermine les conditions d'application du présent article.

Art. L. 241-6. – Les charges de prestations familiales sont couvertes par des cotisations, ressources et contributions centralisées par la caisse nationale des allocations familiales qui suit l'exécution de toutes les dépenses.

Texte du projet de loi

2° L'article L. 134-9 est abrogé ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 134-11-1, les mots « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code » sont supprimés ;

4° L'article L. 241-6 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. L. 241-6. – Les charges de prestations familiales dont bénéficient les salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, ainsi que les charges afférentes à la gestion et au service de ces

Propositions de la Commission

2° bis À l'article L. 134-10, les mots : « , L. 134-8 et L. 134-9 ci dessus » sont remplacés par les mots : « et L. 134-8 ».

Amendement AS 235

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Les cotisations et ressources mentionnées à l'alinéa précédent comprennent :</p>	<p>prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la caisse nationale des allocations familiales qui suit l'exécution de toutes les dépenses.</p>	
<p>1° Des cotisations proportionnelles à l'ensemble des rémunérations ou gains perçus par les salariés des professions non agricoles ; des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés ; ces cotisations proportionnelles et forfaitaires sont intégralement à la charge de l'employeur ;</p>	<p>« Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au précédent alinéa comprennent : » ;</p>	
<p>2° des cotisations calculées en pourcentage des revenus professionnels pour les employeurs et travailleurs indépendants des professions non-agricoles, dans des conditions fixées par décret ;</p>	<p>b) Le 3° est ainsi rédigé :</p>	
<p>3° des cotisations et ressources affectées aux prestations familiales des personnes salariées et non-salariées des régimes agricoles ;</p>	<p>« 3° Des cotisations dues par les personnes salariées et non salariées des professions agricoles ; »</p>	
<p>4° une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1, L. 245-14 et L. 245-15, dans les conditions fixées aux articles L. 136-8 et L. 245-16 ;</p>		
<p>5° Le produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts ;</p>		
<p>6° La taxe exceptionnelle sur les sommes placées sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance ;</p>		
<p>7° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance vie multisupports ;</p>		
<p>8° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 du présent code, dans les conditions fixées par ce même article.</p>		

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

III. – 1° Les dispositions du I et des 1°, 3° et 4° du II du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2014 ;

2° Les dispositions du 2° du II du présent article s'appliquent à compter de la compensation calculée pour l'exercice 2012 ;

3° Au 31 décembre 2013, la propriété des réserves antérieurement constituées par les organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime et par le groupement mentionné à l'article L. 731-31 du même code est transférée à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Ce transfert ne donne pas lieu à perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit. Un décret arrête le montant des réserves concernées.

Article 34

Article 34

I. – À titre exceptionnel pour l'année 2013, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut consentir à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, contre rémunération, des avances d'un montant maximal de 250 millions d'euros.

Ces avances font l'objet d'une convention entre l'Agence et la Caisse, soumise pour approbation au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Art. L. 255-1-1. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :

5° bis De gérer, pour le compte des régimes de sécurité sociale concernés, la répartition des impôts et taxes mentionnés au II de l'article L. 131-8 ;

6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.

I bis. – Au 5° bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « au II de » sont remplacés par le mot : « à ».

Amendement AS 229

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 255-2. – Les montants encaissés par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale sur leurs comptes spéciaux d'encaissement sont obligatoirement transférés par virement pour l'alimentation du compte unique de disponibilités courantes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Ces dispositions entrent en vigueur au 1^{er} septembre 2000.</p>	<p>II. – L'article L. 255-2 du code de la sécurité sociale est abrogé.</p>	
<p>Livre I^{er} Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre I^{er} Généralités Chapitre IV bis Organisation comptable</p>	<p>Article 35</p>	<p>Article 35</p>
<p>Art. L. 114-5. – Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement appliquent un plan comptable unique fondé sur le principe de la constatation des droits et obligations. Les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement.</p>	<p>Le chapitre IV bis du titre I du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>Un décret fixe les règles comptables applicables aux régimes et organismes visés au premier alinéa, ainsi que les modalités de transmission et de centralisation des comptes de ces régimes et organismes.</p>	<p>1° Au premier alinéa de l'article L. 114-5, après les mots : « les organismes concourant à leur financement », sont insérés les mots : « et les organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie » ;</p>	
<p>Art. L. 114-8. – Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes, sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.</p>	<p>2° Au premier alinéa de l'article L. 114-8, après les mots : « des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes », sont insérés les mots : « et les organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ».</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008</p> <p>Art. 44. – I. –</p> <p>II. – À titre expérimental, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, les agences régionales de santé volontaires fixent, par dérogation à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, le montant et les modalités des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins. Elles financent également des actions et des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins, en particulier les maisons médicales de garde, les centres de santé, ainsi que, le cas échéant, des établissements de santé.</p> <p>Un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale précise les limites dans lesquelles les agences régionales de santé</p>	<p>Article 36</p> <p>Sont habilités à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :</p> <p>Cf. tableau en annexe 1</p> <p>À titre dérogatoire, la Caisse nationale des industries électriques et gazières est autorisée à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 600 millions d'euros du 1^{er} janvier au 31 mars 2013.</p> <p>QUATRIÈME PARTIE</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2013</p> <p>Section 1 Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</p> <p>Article 37</p> <p>I. – Au II de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « huit ans ».</p>	<p>Article 36</p> <p>Sans modification</p> <p>QUATRIÈME PARTIE</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2013</p> <p>Section 1 Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</p> <p>Article 37</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>fixent les montants des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins, ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de ces rémunérations pour chaque mission régionale volontaire.</p>		
<p>Les agences régionales de santé réalisent annuellement l'évaluation des expérimentations qu'elles ont conduites et la transmettent aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'au Parlement.</p>		
<p>Les modalités de mise en oeuvre de ces expérimentations sont déterminées par décret, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et des organisations syndicales représentatives des médecins.</p>		
Code de la sécurité sociale	<p>II. – La première phrase de l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale est remplacée par la phrase suivante :</p>	
<p>Art. L. 162-5-14. – Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10, par les médecins bénéficiant des dispositions de l'article L. 643-6 du présent code ainsi que les médecins concernés par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés en application de l'article L. 6314-1. Ces médecins sont tenus de respecter ces tarifs.</p>	<p>« Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par les médecins mentionnés au premier alinéa de cet article sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les dispositions des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du présent code. »</p>	
Article 38	Article 38	
<p>I. – De nouveaux modes d'organisation et de financement des transports de patients définis au 2° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale peuvent être expérimentés dans un ou plusieurs territoires de santé, à compter du 1^{er} janvier 2013 et pour une période n'excédant pas trois ans.</p>		

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

À cette fin, il peut être dérogé, pour la durée de l'expérimentation, aux dispositions prévues aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 à L. 162-14-3, L. 162-15, L. 162-33, L. 211-1, L. 321-1 et L. 322-5 à L. 322-5-4, L. 611-8 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime.

II. – Ces expérimentations sont menées par les agences régionales de santé et donnent lieu à une procédure d'appel d'offres dans le respect des dispositions applicables aux marchés publics.

Des expérimentations relevant du I peuvent également être menées par un organisme local d'assurance maladie, un établissement de santé ou un groupement d'établissements de santé après avoir été agréées par l'agence régionale de santé. Elles donnent lieu à une procédure d'appel d'offres. Cette procédure est régie par les dispositions applicables aux marchés publics, lorsque l'expérimentation est menée par un établissement public de santé ou un groupement d'établissements publics de santé. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'État dans le respect des garanties prévues pour les marchés de l'État, lorsque l'expérimentation est menée par un autre organisme.

III. – Lorsqu'une expérimentation est menée par une agence régionale de santé ou un organisme local d'assurance maladie, les prescriptions de transport établies par un professionnel de santé exerçant dans le territoire défini pour l'expérimentation, soit dans un cabinet ou une structure de médecine de ville, soit dans un établissement de santé ou dans un groupement d'établissements de santé, ne sont, par dérogation aux dispositions de l'article L. 322-5, du premier alinéa de l'article L. 322-5-1 et du septième alinéa de l'article L. 322-5-2 du code de la sécuri-

Ces appels d'offres peuvent être organisés à un niveau infra-départemental afin de tenir compte de l'offre de transports existante sur le territoire relevant de l'agence régionale de santé.

Amendement AS 239

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

té sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance-maladie dans les conditions de droit commun, que si le transport est exécuté par une entreprise retenue à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

Lorsqu'une expérimentation est menée par un établissement de santé ou un groupement d'établissements de santé, les prescriptions de transport à destination ou en provenance de cet établissement ou de ce groupement d'établissements et les prescriptions de transport faites par un professionnel de santé exerçant dans cet établissement de santé ou ce groupement d'établissement de santé ne sont, par dérogation aux dispositions de l'article L. 322-5, du premier alinéa de l'article L. 322-5-1 et du septième alinéa de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance-maladie dans les conditions de droit commun que si le transport est exécuté par une entreprise retenue à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

IV. – Le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation avant la fin de l'expérimentation. Ce rapport propose, le cas échéant, les évolutions législatives découlant de cette évaluation.

V. – Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article, notamment :

1° Les modalités de sélection et de désignation des territoires et des structures retenus pour l'expérimentation ;

2° Les modalités d'organisation et de financement des expérimentations ;

3° La procédure d'agrément mentionnée au II ;

4° Les conditions de prise en charge des prescriptions de transport, dans une expérimentation, lorsque le transport n'est pas exécuté par une entreprise retenue à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

Dispositions en vigueur

Art. L. 162-14-1. – I. –

II. – Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé relatifs aux pathologies ou aux traitements peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.

Texte du projet de loi

Article 39

Le II de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « relatifs aux pathologies et aux traitements » sont remplacés par les mots : « et visant à améliorer l'organisation et la coordination des soins ou la prise en charge des patients, » et après les mots : « de chacune de ces professions, », sont insérés les mots : « et, le cas échéant, des centres de santé, » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficacité des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ce ou ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, de l'atteinte des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs, et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie. ».

Propositions de la Commission

Article 39

1° Au ...

... l'organisation, la coordination et la continuité des soins ...

... santé, » ;

Amendement AS 182

« Ces accords ...

... contrepartie et les diverses formes de valorisation d'une part, ...

... maladie. »

Amendement AS 181

Dispositions en vigueur

Code de la santé publique

Texte du projet de loi

Article 40

I. – Après l'article L. 1435-4-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-4-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 1435-4-2. – I. – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin généraliste dont la première inscription au tableau de l'ordre des médecins date de moins d'un an, un contrat de praticien territorial de médecine générale sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de praticien territorial de médecine générale. Le praticien territorial de médecine générale s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, la médecine générale dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

« II. – Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins. Ce contrat est conforme à un contrat type établi par décret en Conseil d'État.

« III. – Un décret en Conseil d'État précise les critères d'insuffisance d'offre médicale et de difficultés d'accès aux soins permettant de définir les zones géographiques où un contrat de praticien territorial de médecine générale peut être conclu et fixe les modalités de calcul de la rémunération complémentaire dans la limite d'un plafond. »

Propositions de la Commission

Article 40

« Art. L. 1435-4-2. – I. – ...

... généraliste *de plein exercice à la condition qu'il n'ait jamais été inscrit auprès du conseil de l'ordre comme médecin installé en exercice libéral ou avec un assistant des hôpitaux exerçant à mi-temps et ayant accompli moins de deux ans de services effectifs à temps plein au sein d'un établissement*, un contrat de praticien ...

... soins

Amendements AS 240, AS 183 et AS 241

« II. – ...

... de prévention, d'éducation à la santé, des actions ...

... Conseil d'État.

Amendement AS 129

Dispositions en vigueur

Code de la sécurité sociale

Texte du projet de loi

II. – Après l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-14-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-5-14-1. – Les frais relatifs aux actes effectués par les médecins au titre de leurs fonctions de praticien territorial de médecine générale régies par les dispositions de l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, sont, lorsqu'ils ne sont pas adhérents à la convention médicale, pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les dispositions des articles L. 162-5 et L. 162-14-1. Les praticiens territoriaux de médecine générale sont tenus, dans l'exercice de leurs fonctions, de respecter les tarifs opposables. »

Code de la santé publique

Propositions de la Commission

Afin de faciliter l'installation durable des jeunes praticiens, chaque agence régionale de santé élabore chaque année en concertation un objectif cartographié de création de maisons de santé et de centres de santé.

Amendement AS 117

III. – 1°) Après l'article L. 1435-3 du code de la santé publique, sont insérés trois articles L. 1435-3-1, L. 1435-3-2 et L. 1435-3-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 1435-3-1. – Dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 1435-3, des praticiens hospitaliers mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 peuvent exercer tout ou partie de leur activité dans des structures ou auprès de professionnels de santé implantés dans des zones définies à l'article L. 1434-7, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

« Les conditions d'exercice de ces praticiens sont précisées dans le cadre d'une convention signée entre l'agence régionale de santé, l'établissement public de santé et la structure ou le professionnel de santé qui les accueille.

« Art. L. 1435-3-2. – Dans le cadre

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 4322-1. – Seuls les pédicures-podologues ont qualité pour traiter directement les affections épidermiques, limitées aux couches cornées et les affections unguéales du pied, à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion de sang.

Ils ont également seuls qualité pour pratiquer les soins d'hygiène, confectionner et appliquer les semelles destinées à soulager les affections épidermiques.

Sur ordonnance et sous contrôle médical, les pédicures-podologues peuvent traiter les cas pathologiques de leur domaine de compétence.

des contrats prévus à l'article L. 1435-3, les médecins des centres de santé peuvent exercer tout ou partie de leur activité dans des structures ou auprès de professionnels de santé implantés dans des zones définies à l'article L. 1434-7, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

« Art. L. 1435-3-3. – L'agence régionale de santé peut conclure des conventions avec les organismes mentionnés à l'article L. 111-1 du code de la mutualité. Ces conventions prévoient la mise à disposition de professionnels de santé salariés par ces organismes dans des structures ou auprès de professionnels de santé implantés dans des zones définies à l'article L. 1434-7, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. »

2°) Après l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, est inséré un article L. 1435-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1435-5-1. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application de la présente section. »

Amendement AS 242

Article additionnel après l'article 40

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Les pédicures-podologues peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans, dans des conditions fixées par décret et sauf opposition du médecin.</p>	<p style="text-align: center;">Article 41</p> <p>I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2013 et pour une durée n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.</p> <p>Le contenu des projets pilotes est défini par un cahier des charges national arrêté par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Le périmètre territorial de mise en œuvre de chaque projet pilote est défini par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Les expérimentations sont mises en œuvre par convention entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les professionnels de santé, les établissements hospitaliers, les établissements sociaux et médico-sociaux et les collectivités territoriales volontaires ainsi que, le cas échéant, des organismes complémentaires d'assurance maladie.</p> <p>II. – Pour la mise en œuvre des projets pilotes définis au I, dans le cadre des conventions conclues à cette fin, il peut être dérogé aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2,</p>	<p style="text-align: center;">Amendement AS 243</p> <p style="text-align: center;">Article 41</p> <p>Les expérimentations ...</p> <p>... de santé, les établissements <i>de santé</i>, les établissements <i>et services sociaux</i> ...</p> <p>... maladie. <i>Il peut également être dérogé aux règles de facturation et de tarification applicables aux services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 et au 2° de l'article L. 313-1-2 assumant les missions de services polyvalent d'aide et de soins à domicile.</i></p> <p style="text-align: center;">Amendements AS 246, AS 245 et AS 247</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, aux 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 du même code en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie, à l'article L. 162-2 du même code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade, aux articles L. 322-2 et L. 322-3 du même code relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations, ainsi qu'aux articles L. 314-2 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du même code. Dans ce cadre, les établissements relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles peuvent facturer à l'assurance maladie la totalité des frais d'accueil de personnes en sortie d'hospitalisation correspondant à l'ensemble des charges d'hébergement, de dépendance et de soins, une fois déduit le montant du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale et pour une durée limitée à 30 jours consécutifs.

III. – Sans préjudice de financements complémentaires prévus, le cas échéant, dans les conventions mentionnées au I, les dépenses nouvelles liées aux projets pilotes, notamment celles relatives à l'application du II et du V du présent article, sont imputées sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique au sein de l'arrêté prévu au même article. Par dérogation à l'article L. 1435-9, les crédits affectés aux projets pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

IV. – Dans le cadre expérimental des projets pilotes, le suivi sanitaire et social des personnes âgées en risque de perte d'autonomie peut comporter, sous réserve du consentement exprès et éclairé des personnes, la transmission, par les personnels soignants et les profession-

IV. – Dans ...

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

nels chargés de leur accompagnement social, d'informations strictement nécessaires à leur prise en charge et relatives à leur état de santé, à leur situation sociale ou à leur autonomie. Lorsque la personne concernée est hors d'état d'exprimer son accord dans ces conditions, le consentement de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique doit être obtenu. À défaut, les informations en cause ne peuvent pas être échangées. La liste des professionnels et organismes à qui ces informations sont transmises est approuvée par la personne lors de l'expression du consentement. La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels ou organismes. Un décret en Conseil d'État précise la nature des informations qui peuvent être transmises, les conditions de cette transmission ainsi que les professionnels susceptibles d'en être destinataires.

V. – En vue d'une généralisation, une évaluation annuelle des projets pilotes, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé qui y prennent part, la consommation de soins des personnes âgées, le maintien de leur autonomie ainsi que leur taux d'hospitalisation et le cas échéant de réhospitalisation, est réalisée en liaison avec la Haute Autorité de santé, les agences régionales de santé, l'assurance maladie, les établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux ainsi que les collectivités territoriales et organismes participant aux projets pilotes. Cette évaluation peut, sous réserve d'anonymat, comporter un suivi clinique individualisé et croiser des données relatives à la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des personnes âgées. Elle est transmise au Parlement avant le 1^{er} octobre.

... autonomie. La liste ...

... ou organismes.
Lorsque la personne concernée est hors d'état d'exprimer son accord dans ces conditions, le consentement de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique doit être obtenu. À défaut, les informations en cause ne peuvent pas être échangées. Un décret ...

... destinataires.

Amendements AS 248 et AS 249

V. – En ...

... Haute Autorité de santé et les participants aux projets ...

... octobre.

Amendement AS 250

Dispositions en vigueur

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012

Art. 56. – I. – À défaut de conclusion, un mois après l'entrée en vigueur de la présente loi, d'un avenant conventionnel visant les médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs fixés par la convention médicale prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et les autorisant à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale disposent, à cet effet et pendant une durée de deux mois, de la faculté de modifier par arrêté la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 26 juillet 2011, en portant notamment à 50 % le taux d'encadrement des dépassements d'honoraires mentionné au troisième alinéa de l'article 36 de la convention signée le 26 juillet 2011 en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

III. – Le II entre en vigueur concomitamment aux dispositions prévues en application du I pour les contrats et règlements relatifs à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais des soins de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, conclus ou renouvelés après cette entrée en vigueur.

Code de la sécurité sociale

Art. L 871-1. –

Elles prévoient également la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires encadrés en application du I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de fi-

Texte du projet de loi

Article 42

L'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 et le dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de cette loi sont abrogés.

Propositions de la Commission

Article 42

Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>nancement de la sécurité sociale pour 2012 à hauteur du taux maximal de dépassements d'honoraires autorisé par lesdites dispositions conventionnelles.</p>		
<p>Art. L 322-3. – La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :</p>	<p>Article 43</p> <p>Après le 19° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un 20° ainsi rédigé :</p>	<p>Article 43</p> <p>Sans modification</p>
<p>19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du présent code.</p>	<p>« 20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 321-1. »</p>	<p>Article additionnel après l'article 43</p>
<p>Art. L. 162-13-3 – En cas de transmission d'un échantillon biologique dans les conditions mentionnées aux articles L. 6211-19 et L. 6211-20 du code de la santé publique, le laboratoire de biologie médicale qui a pris en charge le prélèvement et transmis l'échantillon biologique mentionne sur sa propre feuille de soins la totalité des honoraires correspondant à l'ensemble des examens de biologie médicale réalisés.</p>	<p>Après le mot « publique », la fin de l'article L. 162-13-3 du code de sécurité sociale est ainsi rédigée : « et en-dehors du règlement intérieur d'une société d'exercice libéral ou d'un contrat de coopération tel que défini à l'article L. 6212-6 du code de la santé publique, chaque laboratoire intervenant est tenu de remplir une feuille de soins d'actes de biologie médicale pour les actes qu'il a effectués. »</p>	<p>Amendement AS 251</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la santé publique

Art. L 5122-6. – La publicité auprès du public pour un médicament n'est admise qu'à la condition que ce médicament ne soit pas soumis à prescription médicale, qu'aucune de ses différentes présentations ne soit remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie et que l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement ne comporte pas d'interdiction ou de restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique, notamment lorsque le médicament n'est pas adapté à une utilisation sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, l'initiation ou la surveillance du traitement.

La publicité auprès du public pour un médicament bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui con-

Article 44

I. – À la fin du premier alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique, il est ajouté la phrase suivante :

« Ces dispositions s'appliquent également dans le cas où la dénomination du médicament est la reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires de l'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »

Article additionnel après l'article 43

Une expérimentation, d'une durée de deux ans, sera lancée pour mettre en place le tiers payant intégral pour les soins de ville en tarif opposable pour les étudiants. Le dispositif sera expérimenté dans trois villes universitaires. Une évaluation annuelle sera réalisée.

Amendement AS 191

Article 44

Sans modification

Dispositions en vigueur

cerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une Agence européenne des médicaments, ou dont l'autorisation de mise sur le marché a été modifiée par le biais de la procédure telle que prévue par ce même règlement, peut être interdite ou restreinte pour les motifs cités au premier alinéa, par décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Par dérogation au premier alinéa, les campagnes publicitaires pour les médicaments mentionnés à l'article L. 5121-2 ou pour des vaccins soumis à prescription médicale ou remboursables peuvent s'adresser au public.

Les campagnes publicitaires non institutionnelles auprès du public pour des vaccins mentionnés au troisième alinéa du présent article ne sont autorisées que si les conditions suivantes sont réunies :

1° Ils figurent sur une liste de vaccins établie pour des motifs de santé publique par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Haut Conseil de la santé publique ;

2° Le contenu de ces campagnes publicitaires est conforme à l'avis du Haut Conseil de la santé publique et est assorti, de façon clairement identifiée, des mentions minimales obligatoires déterminées par cette instance. Ces mentions sont reproduites in extenso, sont facilement audibles et lisibles, selon le support du message publicitaire concerné, sont sans renvoi et sont en conformité avec des caractéristiques définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

La publicité auprès du public pour un médicament est nécessairement accompagnée d'un message de prudence et de renvoi à la consultation d'un médecin en cas de persistance des symptômes.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

II. – À l'article L. 5422-5 du même code, il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L 5422-5. – Est punie de 37500 euros d’amende toute publicité au sens de l’article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament :</p>	<p>« 4° Dont la dénomination est une reprise de la dénomination d’un médicament remboursable par les régimes obligatoires d’assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »</p>	
<p>1° Soumis à prescription médicale ;</p>		
<p>2° Remboursable par les régimes obligatoires d’assurance maladie, sauf dans le cas prévu au troisième alinéa de l’article L. 5122-6 ;</p>		
<p>3° Dont l’autorisation de mise sur le marché ou l’enregistrement comporte des restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d’un risque possible pour la santé publique.</p>	<p>III. – L’article L. 5213-3 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>Art. L 5213-3. – Ne peuvent faire l’objet d’une publicité auprès du public les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d’assurance maladie, à l’exception des dispositifs médicaux présentant un faible risque pour la santé humaine dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p>« Art. L. 5213-3. – Les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d’assurance maladie ne peuvent faire l’objet d’une publicité auprès du public.</p>	
	<p>« Cette interdiction ne s’applique pas aux dispositifs médicaux inscrits sur une liste fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale en raison de leur faible risque pour la santé humaine ou de la faible incidence de leur promotion sur les dépenses de l’assurance maladie. »</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>IV. – Après l’article L. 165-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-8-1 ainsi rédigé :</p>	
	<p>« Art L. 165-8-1. – Lorsqu’un retrait d’autorisation de publicité ou une interdiction de publicité ont été prononcés par l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé</p>	

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur encontre.

« Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État. »

V. – Les dispositions du I et II entrent en vigueur six mois après la publication de la présente loi.

Article 45

Article 45

I. – L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est complété par un V ainsi rédigé :

Code de la santé publique

Art. L 5121-12-1. – I. – Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation, sous réserve :

1° Que l'indication ou les conditions d'utilisation considérées aient fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, cette recommandation ne pouvant excéder trois ans ;

2° Ou que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique du patient.

II. – Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont mises à disposition des prescripteurs.

III. – Le prescripteur informe le patient que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, de l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament et porte sur l'ordonnance la mention : « Prescription hors autorisation de mise sur le marché ».

Il informe le patient sur les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite.

Il motive sa prescription dans le dossier médical du patient.

IV. – Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies après information du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché.

Les recommandations temporaires d'utilisation sont élaborées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Concernant les maladies

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>rare, l'agence visée à l'article L. 5311-1 élabore les recommandations temporaires d'utilisation en s'appuyant notamment sur les travaux des professionnels de santé prenant en charge ces pathologies et, le cas échéant, les résultats des essais thérapeutiques et les protocoles nationaux de diagnostics et de soins.</p>	<p>« V. – Par dérogation aux dispositions du I, en présence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché, une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation établie dans les conditions prévues au I. Cette recommandation temporaire d'utilisation ne peut être établie que dans l'objectif, soit de remédier à un risque avéré pour la santé publique, soit d'éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie. »</p>	<p>« V. – Par dérogation aux dispositions du I, et à titre exceptionnel, en présence ...</p>
<p>Ces recommandations sont assorties d'un recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite, dans des conditions précisées par une convention conclue avec l'agence. La convention peut comporter l'engagement, par le titulaire de l'autorisation, de déposer dans un délai déterminé une demande de modification de cette autorisation.</p>	<p>II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>... maladie. »</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>1° À la première phrase de l'article L. 162-17-2-1, les mots : « à l'article L. 5121-12-1 » sont remplacés par les mots : « au I de l'article L. 5121-12-1 » ;</p>	<p>Amendement AS 252</p>
<p>Art. L 162-17-2-1. – Lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée, toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, tout produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre des biens et services remboursables pour le traitement d'une affection de longue durée remplissant les conditions prévues aux 3° ou 4° de l'article L. 322-3 du présent code ou d'une maladie rare telle</p>		

Dispositions en vigueur

que définie par le règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge ou d'un remboursement. La spécialité, le produit ou la prestation doit figurer dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute Autorité de santé, après consultation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code. La prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et la convention afférente conclue entre l'entreprise et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'arrêté peut fixer des conditions de prise en charge et comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer, notamment, pour l'indication considérée, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription du produit ou de la prestation sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Il peut également comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de mettre en place un suivi particulier des patients. Cet arrêté peut également fixer les conditions de prise en charge d'une catégorie de spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations présentant des caractéristiques analogues.

.....

Texte du projet de loi

2° Après l'article L. 162-17-2-1, il est inséré un article L. 162-17-2-2 ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Art. L. 162-17-2-2. – Les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée au V de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique peuvent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être inscrites, au titre de cette recommandation temporaire d'utilisation et à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

« Lorsque le médicament bénéficie d'au moins une indication remboursable au titre des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7, il est pris en charge ou remboursé, en application de l'alinéa précédent, dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

« À défaut :

« le prix ou le tarif de responsabilité de la spécialité est fixé par le comité économique des produits de santé, par convention avec l'entreprise ou, en cas d'échec de la voie conventionnelle, par décision du comité en tenant compte principalement, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament, de la population cible de patients concernés, des résultats d'une éventuelle évaluation médico-économique et, le cas échéant, des prix moyens constatés au titre de l'utilisation de la spécialité pour les autres indications remboursables en établissement de santé ;

« le taux de participation de l'assuré est fixé par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en fonction de la dernière évaluation de la spécialité par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé.

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la santé publique

Art. L. 5121-1-2. – La prescription d'une spécialité pharmaceutique mentionne ses principes actifs, désignés par leur dénomination commune internationale recommandée par l'Organisation mondiale de la santé ou, à défaut, leur dénomination dans la pharmacopée européenne ou française. En l'absence de telles dénominations, elle mentionne leur dénomination commune usuelle. Elle peut également mentionner la dénomination de fantaisie de la spécialité.

Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé

Art. 41. – I. –

VI. – L'article 19 entre en vigueur dans les conditions définies par le décret prévu à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale et au plus tard le 1er janvier 2015.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les modalités, les règles de procédure et les délais relatifs à l'évaluation du médicament, à l'inscription sur les listes mentionnées au premier alinéa, et à la fixation de son prix et du taux de participation de l'assuré. »

Article additionnel après l'article 45

I. – L'article L. 5121-1-2 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de l'article 19 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle ne peut mentionner le nom d'un fabricant de médicaments. »

II. – À la fin du VI de l'article 41 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année « 2014 ».

Amendement AS 262

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé</p>	<p style="text-align: center;">Article 46</p> <p>I. – Le I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p style="text-align: center;">Article 46</p> <p><i>I. – Après l'article L. 5122-9-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5122-9-2 ainsi rédigé :</i></p>
<p>Art. 30. – I. – À titre expérimental et pour une période ne pouvant excéder deux ans, l'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription hospitalière initiale ou non ainsi que des produits visés à l'article L. 5211-1 du même code, effectuée dans les établissements de santé ne peut avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé, dans les conditions définies par convention conclue entre chaque établissement de santé et l'employeur de la personne concernée, dont les modalités sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé.</p>	<p>« <u>L.</u> – L'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique effectuée dans les établissements de santé ne peut avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé, dans les conditions définies par un décret en Conseil d'État et selon des modalités fixées dans le règlement intérieur de l'établissement. »</p>	<p>« Art. L. 5122-9-2. – L'information par ...</p> <p>... publique, à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, effectuée ...</p> <p>... établissement. »</p>
<p>Avant le 1^{er} janvier 2013, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan de l'expérimentation prévue au premier alinéa, réalisé à partir d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de santé. Ce rapport peut proposer les évolutions législatives découlant du bilan, notamment en ce qui concerne la pérennisation des dispositions en cause ainsi que leur éventuelle adaptation à la médecine de ville.</p>	<p>II. – L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	<p style="text-align: center;">Amendements AS 253 et AS 118</p>
<p>Code de la santé publique</p>		
<p>Art. 6143-7. – Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.</p>		
<p>Le directeur est compétent pour</p>		

Dispositions en vigueur

régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Après concertation avec le directeur, le directeur :

1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;</p>		
<p>3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;</p>		
<p>4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;</p>		
<p>5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;</p>		
<p>6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;</p>		
<p>7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;</p>		
<p>8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;</p>		
<p>9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;</p>		
<p>10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;</p>		
<p>11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;</p>		
<p>12° Conclut les délégations de</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;	1° Après le 16°, il est inséré un 17° ainsi rédigé :	« 17° Arrête, en application de l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique les modalités ...
13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;	« 17° Arrête, en application du I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers et de rééducation médico-technique. »	... médico-technique. »
14° À défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;	2° Au deuxième alinéa, la mention : « 1° à 15° » est remplacée par la mention : « 1° à 17° ».	Amendement AS 253
15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;	III. – Au troisième alinéa de l'article L. 6161-2 du même code, il est ajouté la phrase suivante :	
16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7.		
Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret.		

Dispositions en vigueur

Art. 6161-2. – Les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé forment de plein droit une conférence médicale, chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. La conférence donne son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement.

Ces prévisions d'activité doivent être communiquées à l'agence régionale de santé selon les modalités définies par le contrat prévu aux articles L. 6114-1 et L. 6114-3.

La conférence médicale contribue à la définition de la politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au représentant légal de l'établissement un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Le représentant légal de l'établissement la consulte avant la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La conférence médicale d'établissement est consultée sur tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public conformément à l'article L. 6112-2.

L'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des

Texte du projet de loi

« En application du I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, le représentant légal de l'établissement définit les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la conférence médicale d'établissement. »

Propositions de la Commission

« En application de l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique, le représentant ...

... établissement. »

Amendement AS 253

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>	<p>IV. – À l'issue d'un délai de deux ans à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan du dispositif prévu au I de l'article 30 de la loi n° 20112012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, réalisé à partir d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de santé portant notamment sur le volume et la pertinence des prescriptions hospitalières. Ce rapport propose les évolutions législatives découlant du bilan, notamment en ce qui concerne l'élargissement des dispositions en cause aux dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique ainsi que leur éventuelle adaptation à la médecine de ville.</p>	<p>IV. – À ...</p>
<p>Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate le non-respect des dispositions prévues à l'alinéa précédent, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.</p>		<p>... prévu à l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique, réalisé ...</p>
<p>Un décret détermine les conditions d'application de l'alinéa précédent.</p>		<p>... notamment sur le suivi par les établissements de santé des préconisations qu'elle formule en matière de visite médicale ainsi qu'en ce qui concerne ...</p>
<p>La conférence médicale d'établissement est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.</p>		<p>... ville</p>
<p>Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la conférence médicale d'établissement est joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formée par un établissement de santé privé et annexé à toutes les conventions conclues par ce dernier.</p>		<p>Amendements AS 253 et AS 187</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé</p>		<p><i>V. – Le I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est supprimé.</i></p>
<p>Art.30. – I. – À titre expérimental et pour une période ne pouvant excéder deux ans, l'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription hospitalière initiale ou non ainsi que des produits visés à l'article L. 5211-1 du même code, effectuée dans les établissements de santé ne peut avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé, dans les conditions définies par convention conclue entre chaque établissement de santé et l'employeur de la personne concernée, dont les modalités sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé.</p>	<p>Article 47</p> <p>I. – Dans la perspective d'une redéfinition du service public hospitalier, les dispositions du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et du 3° de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale sont abrogées.</p>	<p>Amendements AS 253</p> <p>Article 47</p>
<p>Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004</p>		
<p>Art. 33. – I –</p>		
<p>VII. – Pour les années 2005 à 2018, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2018. Ce processus de convergence est</p>		

Dispositions en vigueur

orienté vers les tarifs les plus bas.

À compter du 1^{er} janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans la limite des écarts mentionnés à l'alinéa précédent.

.....

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-22-19. – Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur :

1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. À ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ;

2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. À ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contrac-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

tualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements ;

3° Le processus de convergence des tarifs, tel que mentionné à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003). À ce titre, le rapport met en perspective le programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Art. 1^{er}. – I. –

XX. – Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi peuvent continuer d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Ils prennent la qualification d'établissement de santé privé d'intérêt collectif sauf opposition expresse de leur part notifiée par leur représentant légal au directeur général de l'agence régionale de santé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L. 6112-3-1, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, les septième et huitième alinéas de l'article L. 6143-4 et les articles L. 6145-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique leur sont applicables. Jusqu'à cette même date, les

II. – Aux XX, XXI et XXII de l'article 1^{er} de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, les mots : « ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée » sont supprimés.

II. – Aux XX, XXI, XXII et XXIV de l'article ...

... rem-
placés par les mots : « ou, au plus tard,
jusqu'au 1er janvier 2016 ».

Amendements AS 254 et AS 255

Dispositions en vigueur

dispositions relatives au financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins et à la participation de l'assuré social leur sont applicables dans les mêmes conditions qu'aux établissements publics de santé.

Jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du présent XX, les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 6161-7 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, leur sont applicables.

XXI. – Les établissements de santé privés qui ont opté pour le financement par dotation globale, en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L. 6143-2 et L. 6143-2-1, les septième et huitième alinéas de l'article L. 6143-4 et l'article L. 6145-1 du code de la santé publique leur sont applicables. Jusqu'à cette même date, les dispositions relatives au financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins et à la participation de l'assuré social leur sont applicables dans les mêmes conditions qu'aux établissements publics de santé.

Jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du présent XXI, les deuxième à dernier alinéas du XXIII leur sont applicables.

XXII. – Les centres de lutte contre le cancer mentionnés à l'article L. 6162-1 du code de la santé publique continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, outre les missions qui leur sont assignées par la loi, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Jusqu'à la date retenue en application de l'alinéa précédent, les articles L. 6112-3, L. 6112-6, L. 6112-7, L. 6143-2 et L. 6143-2-1, les septième et huitième alinéas de l'article L. 6143-4 et les articles L. 6145-1 et L. 6155-1 du code de la santé publique leur sont applicables.</p> <p>.....</p>	<p>Article 48</p>	<p>Article 48</p>
<p>Code monétaire et financier</p>	<p>L'article L. 213-3 du code monétaire et financier est ainsi modifié :</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Art. 213-3. – Sont habilités à émettre des titres de créances négociables :</p>		
<p>1. Les établissements de crédit, les entreprises d'investissement et la caisse des dépôts et consignations, sous réserve de respecter les conditions fixées à cet effet par le ministre chargé de l'économie ;</p>		
<p>2. Les entreprises autres que celles mentionnées au 1., sous réserve de remplir les conditions de forme juridique, de capital et de contrôle des comptes requises pour procéder à une offre au public de titres financiers ou à une admission de titres financiers aux négociations sur un marché réglementé et dont le capital social est précisé par décret, ou des conditions équivalentes pour les entreprises ayant un siège social à l'étranger ;</p>		
<p>3. Les entreprises du secteur public dès lors qu'elles remplissent les conditions fixées au 2. ;</p>		
<p>4. Les entreprises du secteur public ne disposant pas de capital social mais qui sont autorisées à procéder à une offre au public ;</p>		
<p>5. Les groupements d'intérêt économique et les sociétés en nom collectif, composés exclusivement de sociétés par actions satisfaisant aux conditions prévues au 2. ;</p>		
<p>6. Les institutions de la Communauté européenne et les organisations internationales ;</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>7. La caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ;</p> <p>8. Les collectivités locales et leurs groupements ;</p> <p>9. Les associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association ou par les articles 21 à 79 du code civil local applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et répondant aux conditions prévues pour l'émission d'obligations par appel public à l'épargne ;</p> <p>10. Les États ;</p> <p>11. Les organismes de titrisation ;</p> <p>12. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p>	<p>1° Après le 12, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 13. Les centres hospitaliers régionaux, dont la liste est fixée par décret, dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret. » ;</p> <p>2° Au dernier alinéa, les mots : « et 12 » sont remplacés par les mots : « ,12 et 13 ».</p>	<p>Article 49</p> <p>Sans modification</p>
<p>Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004</p>	<p>Article 49</p>	<p>Article 49</p>
<p>Art. 33. – Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 23 et des dispositions de</p>	<p>L'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est modifié comme suit :</p>	

Dispositions en vigueur

l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1^{er} mars 2005 dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes :

I. – Jusqu'au 1^{er} janvier 2013, par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1^{er} janvier. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé

Texte du projet de loi

1° Le I est ainsi modifié :

a) Les mots : « Jusqu'au 1^{er} janvier 2013, » sont supprimés ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

II. – Jusqu'au 31 décembre 2012, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1^o à 3^o du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. Ces tarifs servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques

Texte du projet de loi

b) Après le dernier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Cette dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale prend fin au plus tard au 1^{er} mars 2016 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements ainsi qu'entre, d'une part, les actes et consultations externes et, d'autre part, les prestations d'hospitalisation ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code. » ;

2^o Au II, les mots : « 31 décembre 2012 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2015 » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

III. – Pour la détermination en 2005 des éléments mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, il est tenu compte de l'état provisoire des charges afférentes aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris celles relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, au titre des soins dispensés l'année précédente dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi ainsi que des charges afférentes à la dispensation des médicaments et à la fourniture des produits et prestations facturés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du même code dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

IV. – Pour les années 2005 à 2012, l'État fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. La convergence doit être achevée au plus tard en 2012.

L'État fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à un peut excéder le taux moyen régional de convergence, à la condition que la masse financière

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels le coefficient de transition est supérieur à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces derniers établissements supérieur au taux moyen régional.

Un décret en Conseil d'État fixe les dispositions d'application du présent IV.

Les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code applicables à chacun des établissements de santé mentionnés au d du même article sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en appliquant le coefficient de transition et, le cas échéant, le coefficient de haute technicité propres à l'établissement aux tarifs nationaux des prestations affectés, le cas échéant, d'un coefficient géographique. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012. Le coefficient de haute technicité est réduit dans les conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. En contrepartie de cette réduction, les établissements de santé concernés perçoivent un forfait annuel qui diminue progressivement dans les conditions fixées par l'arrêté susmentionné.

V. – Pour les années 2008 à 2012, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, la présente loi s'applique sous réserve des dispositions suivantes :

A . – Les consultations et actes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale et les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs respectivement mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-22-10 du même code affectés d'un coefficient de transition, ainsi que, le cas échéant, du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-22-10 précité,

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré. Par dérogation au présent alinéa, les tarifs des prestations afférentes aux activités d'hospitalisation à domicile et de prélèvement d'organes ou de tissus ne sont pas affectés par le coefficient de transition précité.

B. – Le coefficient de transition mentionné au A est calculé pour chaque établissement de manière à prendre en compte l'impact sur ses recettes d'assurance maladie des modalités de financement définies au même A par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1^{er} janvier 2008 et s'applique jusqu'au 29 février de la même année.

À compter du 1^{er} mars 2008, la valeur du coefficient converge vers la valeur 1, dans le respect des modalités fixées au C.

C. – Chaque année, l'État fixe, outre les éléments mentionnés aux 1^o à 3^o du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.

L'État fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence dans les conditions prévues au deuxième alinéa du IV du présent article.

La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012.

D. – La répartition entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie des sommes versées en 2007 aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale au titre de la dota-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

tion annuelle complémentaire mentionnée au présent article dans sa rédaction antérieure à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 est effectuée dans les conditions prévues par voie réglementaire. De même, de 2007 à 2012, par dérogation à l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale, les sommes versées au titre de l'activité mentionnée à l'article L. 162-22-6 du même code, des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 du même code et des dotations annuelles de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-14 du même code sont réparties selon les mêmes modalités.

E. – La caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale verse des avances de trésorerie aux établissements de santé pour leurs activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du même code, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

F. – L'état des prévisions de recettes et de dépenses mentionné à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique tient compte de l'application du coefficient de transition mentionné au B applicable à la période considérée.

G. – Les conditions de montée en charge de la tarification à l'activité pour le service de santé des armées sont fixées par le décret prévu au X de l'article 69 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

H. – Les modalités d'application du présent V à l'exception du E sont fixées par décret en Conseil d'État.

VI. – Le I, à l'exclusion du quatrième alinéa, le II, le V, à l'exception du G, et le VII du présent article sont applicables aux établissements de santé de Guyane mentionnés aux a et b de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, selon des modalités et un calendrier fixés par décret, et sous les réserves suivantes :

Dispositions en vigueur

1° Au deuxième alinéa du B du V, l'année : « 2008 » est remplacée par l'année : « 2010 » ;

2° A la fin du dernier alinéa du C du V, les mots : « en 2012 » sont remplacés par les mots : « à une date fixée par décret » et à la seconde phrase du D du même V, l'année : « 2012 » est remplacée par les mots : « une date fixée par décret ».

Ces dispositions entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

VII. – Pour les années 2005 à 2018, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2018. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas.

À compter du 1^{er} janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans la limite des écarts mentionnés à l'alinéa précédent.

VIII. – Par dérogation à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2013, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa version antérieure à la loi n° 2009-879 du

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

3° Le VIII est ainsi modifié :

a) Les mots : « 1^{er} mars 2013 » sont remplacés par les mots : « 1^{er} mars 2015 » ;

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>21 juillet 2009 précitée, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>b) Après les mots : « incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « et comprise dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du même code ; ».</p>	
<p>IX. – Le I, à l'exclusion du quatrième alinéa, le II et le V, à l'exception du G, du présent article sont applicables aux activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée, selon des modalités et un calendrier fixés par décret, et sous les réserves suivantes :</p>		
<p>1° Le B du V s'applique à compter d'une date fixée par décret ;</p>		
<p>2° À la fin du dernier alinéa du C du V, les mots : « en 2012 » sont remplacés par les mots : « à une date fixée par décret » et à la seconde phrase du D du même V, l'année : « 2012 » est remplacée par les mots : « une date fixée par décret ».</p>		
<p>Code de la santé publique Cinquième partie Produits de santé Livre I^{er} Produits pharmaceutiques Titre II Médicaments à usage humain Chapitre VI Pharmacies à usage intérieur</p>	<p>Article 50</p>	<p>Article 50</p>
	<p>Au chapitre VI du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5126-5-2 ainsi rédigé :</p>	
	<p>« Art. L. 5126-5-2. – Les établissements de santé et les groupements de coopération sanitaire disposant d'une pharmacie à usage intérieur peuvent confier à un établissement pharmaceutique, par un contrat écrit fixant les engagements des parties, le stockage, la détention et l'approvisionnement de certains de leurs produits de santé. La signature de ce contrat est soumise à autorisation préalable, <u>qui entraîne la modification de l'autorisation initiale</u> en application de l'article L. 5126-7.</p>	<p>« Art. L. 5126-5-2. – ...</p>
		<p>... préalable en application de l'article L. 5126-7.</p>
		<p>Amendement AS 256</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

Article 51

Article 51

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 381-30 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « Les détenus sont affiliés » sont remplacés par les mots : « Les personnes détenues sont affiliées » ;

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

« Lorsque les personnes détenues bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine dans les conditions prévues aux sections 5, 6 et 8 du chapitre II du titre II du livre V du code de procédure pénale exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, elles sont affiliées au régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité.

« Sont affiliées au titre du premier alinéa les personnes détenues mentionnées à l'alinéa précédent, lorsqu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres ou qu'elles ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et

Art. L 381-30. – Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération.

Les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du code de procédure pénale qui exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres sont affiliés au régime d'assurance maladie et maternité dont ils relèvent au titre de cette activité. Toutefois, les intéressés sont affiliés au régime général lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont ils relèvent au titre de leur activité.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Les dispositions de l'article L. 115-6 ne sont pas applicables aux détenus.</p>	<p>maternité du régime dont elles relèvent au titre de leur activité. » ;</p>	
<p>Une participation peut être demandée, lorsqu'ils disposent de ressources suffisantes, aux détenus assurés en vertu du premier alinéa ou à leurs ayants droit.</p>		
<p>Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>2° L'article L. 381-30-1 est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L 381-30-1. – Durant leur incarcération, les détenus affiliés en application de l'article L. 381-30 bénéficient pour eux-mêmes et, sous réserve de l'article L. 161-25-2, pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité.</p>	<p>a) Au premier alinéa, les mots : « Durant leur incarcération » sont supprimés et après les mots : « en application » sont ajoutés les mots : « du premier alinéa » ;</p>	
	<p>b) Après le premier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p>	
	<p>« Ils sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par les assurances maladie et maternité du régime général et les différentes participations mentionnées à l'article L. 322-2 sont prises en charge par l'État selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5. » ;</p>	
<p>Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1.</p>		
<p>Par dérogation au premier alinéa, les détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour eux-mêmes des prestations en nature des assurances maladie et maternité.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Les dispositions de l'article L. 161-13 ne sont pas applicables aux détenus de nationalité étrangère et à leurs ayants droit qui ne satisfont pas aux conditions prévues par les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2.</p>	<p>3° L'article L. 381-30-5 est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L 381-30-5. – I. – La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux détenus est financée par une dotation annuelle lorsque ces soins sont dispensés par un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées mentionné à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. Lorsqu'ils sont dispensés aux détenus soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du 12° de l'article L. 6112-1 du même code, ces soins sont financés par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 et versée à cet établissement à ce titre.</p>	<p>a) Le I est ainsi modifié :</p> <p>à la première phrase du premier alinéa, après les mots : « aux détenus », sont ajoutés les mots : « affiliés en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 » et après les mots : « dotation annuelle », sont ajoutés les mots : « de financement dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-16 » ;</p>	
<p>Cette part est financée hors taux directeur, en fonction des dépenses de fonctionnement et d'investissement constatées et de leur évolution prévisible, selon des modalités déterminées par décret.</p>	<p>à la deuxième phrase du premier alinéa, après les mots : « sont financés », les mots : « par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 et versée à cet établissement à ce titre » sont remplacés par les mots « selon les modalités de droit commun » ;</p>	
<p>II. – L'État verse à l'établissement de santé le montant du forfait journalier institué par l'article L. 174-4 ainsi que la part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.</p>	<p>le deuxième alinéa est supprimé ;</p> <p>b) Le II est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« II. – L'État assure la prise en charge de la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2 due par les détenus affiliés en application du 1^{er} alinéa de l'article L. 380-30-1 ainsi que du forfait journalier institué par l'article L. 174-4.</p>	<p>« II. – L'État ...</p> <p>... par les <i>personnes détenues affiliées</i> en ...</p>
	<p>« Pour les soins dispensés dans les établissements de santé, il verse les montants correspondants aux établisse-</p>	<p>... L. 174-4.</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code de l'action sociale et des familles</p> <p>Art. L 312-1. – I. – Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :</p> <p>1°</p> <p>8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;</p> <p>9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées « lits halte soins santé » et les appartements de coordination thérapeutique ;</p>	<p>ments concernés.</p> <p>« Dans les autres cas, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié le détenu assure le paiement de l'intégralité des frais de soins auprès des professionnels de santé dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations. L'État rembourse ensuite à la caisse la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret. »</p> <p>Article 52</p> <p>I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p> <p>1° Au 9° de l'article L. 312-1, après les mots : « les structures dénommées « lits halte soins santé » », sont insérés les mots : « , les structures dénommées</p>	<p>« Dans est <i>affiliée</i> la personne détenue assure ...</p> <p>... L. 322-2.</p> <p>Amendement AS 189</p> <p>Article 52</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation ;</p>	<p>« lits d'accueil médicalisés » ;</p>	
<p>.....</p> <p>Art. L 314-3-3. – Relèvent de l'objectif et du montant total mentionnés à l'article L. 314-3-2 les établissements suivants :</p>		
<p>Les appartements de coordination thérapeutique, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et les structures dénommées lits halte soins santé mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du présent code.</p>	<p>2° Au deuxième alinéa de l'article L. 314-3-3, les mots : « et les structures dénommées lits halte soins santé » sont remplacés par les mots : « , les structures dénommées « lits halte soins santé » et les structures dénommées « lits d'accueil médicalisés » ».</p>	
<p>Relèvent également du même objectif les actions expérimentales de caractère médical et social mentionnées à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale.</p>		
<p>Code de la sécurité sociale</p>		
<p>Art. L 174-9-1. – Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, ainsi que les structures dénommées « lits halte soins santé » et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle.</p>	<p>II. - À l'article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « les structures dénommées « lits halte soins santé » », sont insérés les mots : « , les structures dénommées « lits d'accueil médicalisés » ».</p>	
<p>La répartition des sommes versées à ces établissements au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition qui résulte de l'application de l'article L. 174-2.</p>	<p>III. – Par dérogation à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 162-25. – Par dérogation à l'article L. 332-1, l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte.</p>	<p>des familles, les structures dénommées « lits d'accueil médicalisés » ayant fait l'objet d'un agrément par l'arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité, au titre de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale, sont réputées autorisées, au titre du 9° du I de l'article L. 312-1, dans les conditions du II de l'article L. 312-1 et de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, à compter du 1^{er} janvier 2013.</p> <p style="text-align: center;">Article 53</p> <p>I. – L'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p style="padding-left: 40px;">« Art. L. 162-25. – Par dérogation à l'article L. 332-1 :</p> <p style="padding-left: 80px;">« 1° L'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte ;</p> <p style="padding-left: 80px;">« 2° L'action des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées mentionnés aux 2°, b du 5° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et qui relèvent d'une tarification sous forme de prix de journée, pour le paiement par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code des prestations et soins médicaux supportés par l'assurance maladie, se prescrit par un an à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée à la caisse. »</p> <p>II. – Les dispositions du 2° de l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux prestations délivrées à compter du 1^{er} janvier 2013 par les établissements médico-sociaux concernés.</p>	<p style="text-align: center;">Article 53</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de l'action sociale et des familles

Art. L 314-8. – Les modalités de fixation de la tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont déterminées par un décret en Conseil d'État qui prévoit notamment :

1° Les conditions et modalités de la tarification de certains établissements ou services, sous forme de prix de journée, tarifs de prestations ou forfaits journaliers et les modalités de globalisation des financements sous forme de forfaits annuels ou de dotations globales ;

2° Les conditions dans lesquelles les personnes accueillies temporairement peuvent être dispensées d'acquitter tout ou partie des frais afférents à leur prise en charge.

L'accueil temporaire est défini par voie réglementaire. Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, un décret adapte les dispositions du présent code aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes accueillies dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au Parlement avant le 15 octobre 2012.

Les dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans préjudice d'une participation des collectivités locales.

Les dépenses médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et des structures dénommées « lits halte soins santé » relevant des catégories

Article 54

Article 54

Dispositions en vigueur

d'établissements mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 sont prises en charge par l'assurance maladie sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités locales, et sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnées à l'article, L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code, à l'exception de certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté. Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2008. Elles sont applicables aux conventions mentionnées au I de l'article L. 313-12 en cours à cette date.

Des expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge sont menées, à compter du 1^{er} janvier 2009 et pour une période n'excédant pas quatre ans, dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire. Ces expérimentations sont réalisées sur le fondement d'une estimation quantitative et qualitative de l'activité de ces établissements et services réalisée. Au titre de ces expérimentations, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments

Texte du projet de loi

I. – Les huitième, neuvième et dixième alinéas de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles sont supprimés.

Propositions de la Commission

IA – À la première phrase du septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié : après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « ou d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale disposant d'une pharmacie à usage intérieur ».

Amendements AS 231 et AS 159

Dispositions en vigueur

inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de ces expérimentations avant le 1^{er} octobre 2012. Ce rapport porte également sur la lutte contre la iatrogénie.

En fonction du bilan des expérimentations présenté par le Gouvernement, et au plus tard le 1^{er} janvier 2013, dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du présent code, les prestations de soins mentionnées au 1^o de l'article L. 314-2 comprennent l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Elles comprennent également l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code ou, pour les établissements et services qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne partagent pas la pharmacie à usage intérieur d'un groupement de coopération sanitaire, de certains d'entre eux dont la liste est fixée par arrêté.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et dispensées aux assurés hébergés dans les établissements mentionnés au 6^o du I de l'article L. 312-1 du présent code, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations de soins mentionnées au 1^o de l'article L. 314-2. Ces spécialités pharmaceutiques sont prises en charge dans les conditions de droit commun prévues par la section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. Les dépenses relatives à ces spécialités pharmaceutiques relèvent de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1 du présent code.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L 543-1. – Pour l'application du titre I^{er} du livre III :

I. –

XXI. – L'article L. 314-8 est ainsi modifié :

1° Au quatrième alinéa, les mots : « Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, » sont supprimés ;

2° Au sixième alinéa, les mots : « , et sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale » sont supprimés ;

3° Au septième alinéa, les mots : « Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2008. Elles sont applicables aux conventions mentionnées au I de l'article L. 313-12 en cours à cette date. » sont supprimés ;

4° Les huitième, neuvième et dixième alinéas ne sont pas applicables ;

5° Au dernier alinéa, les mots : « de droit commun prévues par la section 4 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « prévues à l'article 20-5 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte » ;

6° Il est complété par les dispositions suivantes :

« Les crédits correspondant aux

II. – Le 4° du XXI de l'article L. 543-1 du même code est abrogé.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>dépenses prises en charge par l'assurance maladie pour les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 sont versés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte. »</p>		
<p>Jusqu'au 31 décembre 2016, le financement des établissements et services énumérés aux 2°, 3°, 5°, 7° et 9° du I de l'article L. 312-1 est assuré sous forme de dotations annuelles arrêtées dans le cadre de contrats pluriannuels conclus, sur le fondement de l'article L. 313-11, entre les personnes, physiques ou morales, gestionnaires des établissements et services et la ou les autorités chargées de la tarification, ainsi que, le cas échéant, la caisse de sécurité sociale de Mayotte. »</p>		
.....		
<p>Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011</p>		
<p>Art. L 80. – I. – L'article L. 314-8 du même code est ainsi modifié :</p>		
<p>1° À la première phrase du huitième alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre » ;</p>		
<p>2° À la fin de la première phrase du neuvième alinéa, l'année : « 2010 » est remplacée par l'année : « 2012 » ;</p>		
<p>3° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année : « 2013 » ;</p>		
<p>4° Le septième alinéa est supprimé à compter du 1^{er} janvier 2013.</p>	<p>III. – Le 4° du I de l'article 80 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 est abrogé.</p>	
<p>II. – Le IV de l'article 64 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est abrogé.</p>		
	<p>IV. – Les dispositions du I et du II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2013.</p>	

Dispositions en vigueur

Code de la sécurité sociale

Art. L. 224-5. – L'Union des caisses nationales de sécurité sociale, union nationale au sens de l'article L. 216-3, assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Elle négocie et conclut les conventions collectives nationales prévues aux articles L. 123-1 et L. 123-2.

Elle évalue, coordonne et participe à la mise en oeuvre des politiques de formation du personnel. Elle assure le suivi de la gestion prévisionnelle de l'emploi, des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement du régime général. Elle promeut la sécurité et la santé au travail.

Elle peut assurer la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou des organismes locaux.

Elle peut se voir confier par l'État, les caisses nationales du régime général ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des missions sur les questions relatives aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, ou sur tout sujet de fonctionnement des organismes d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières. Elle peut également passer convention avec les caisses nationales des autres régimes de sécurité sociale, des organismes locaux du régime général et de tout organisme de tout autre régime de sécurité sociale.

Elle assure la gestion administrative et comptable du fonds mentionné à l'article L. 114-24.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article additionnel après l'article 54

Au troisième alinéa de l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie »

Amendement AS 230

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de l'action sociale et des familles	Article 55	Article 55
Art. L 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en six sections distinctes selon les modalités suivantes :	L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :	Sans modification
I. – Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 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, qui est divisée en deux sous-sections.		
1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Elle retrace :		
a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;		
a bis). Pour l'année 2012, le pourcentage défini au a est fixé à 13 % ;	1° Au a bis du 1 et du 2 du I, l'année : « 2012 » est remplacée par les années : « 2012 et 2013 » ;	
b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le		

Dispositions en vigueur

financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3.

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.

2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées, ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3. Elle retrace :

a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;

a bis). Pour l'année 2012, le pourcentage défini au a est fixé à 39 % ;

b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services 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.

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.

Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.

La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, sont imputées sur le financement à la charge des organismes de sécurité sociale soumis à l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code.

II. – Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :

a) En ressources, 20 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4° du même article et le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3° du même article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6.

Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée.

III. – Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :

a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des res-

Dispositions en vigueur

sources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7.

Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée.

Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.

Pour l'année 2012, ce taux est fixé à 39 %.

IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace :

1° En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit, d'une part ; une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article, d'autre part. Cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la

Texte du projet de loi

2° Au dernier alinéa du III, l'année : « 2012 » est remplacée par les années : « 2012 et 2013 » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;

2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les agences régionales de santé rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section.

V. – Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, et les frais d'études dans les domaines d'action de la caisse :

a) Pour les personnes âgées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et du budget, des ressources prévues au a du 2 du I ;

a bis). Pour l'année 2012, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affecté au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9 ;

b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-

3° Au a bis) et au b bis) du V, l'année : « 2012 » est remplacée par les années : « 2012 et 2013 ».

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget, des ressources prévues au a du III ;</p> <p>b bis) Pour l'année 2012, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affectée au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9.</p> <p>.....</p>	<p>Article 56</p>	<p>Article 56</p>
<p>Code rural et de la pêche maritime</p>	<p>Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Art. L 731-13. – Les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole bénéficient d'une exonération partielle des cotisations techniques et complémentaires d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation ou entreprise.</p>	<p>1° Au premier alinéa de l'article L. 731-13, après les mots : « et maternité », sont insérés les mots : « à l'exception de la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L. 732-4 » ;</p>	
<p>Cette exonération est applicable pendant cinq années civiles aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal à compter de la première année au titre de laquelle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole sont dues. Toutefois, en cas de cessation temporaire d'activité avant la fin de la période d'exonération, le bénéfice de celle-ci est suspendu. Il est rétabli à la reprise d'activité pour la durée d'exonération restant à courir à condition que la cessation d'activité n'excède pas une durée fixée par décret. Pour bénéficier de l'exonération, ils doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles ; un décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d'âge.</p>		
<p>Pour l'année 2009, cette exonération est applicable une année supplémentaire aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour lesquels la</p>		

Dispositions en vigueur

cinquième année civile d'exonération s'est terminée le 31 décembre 2008.

Les taux d'exonération, le plafond des exonérations et le montant minimal de cotisations dont les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole sont redevables sont déterminés par décret.

Texte du projet de loi

2° Après l'article L. 731-35, il est inséré deux articles L. 731-35-1 et L. 731-35-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 731-35-1. – Pour la couverture des prestations mentionnées à l'article L. 732-4, une cotisation forfaitaire est à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

« Cette cotisation, qui est due par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant son activité à titre exclusif ou principal, est valable à la fois pour lui-même et pour les personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 732-4.

« La charge des prestations prévues à l'article L. 732-4 ainsi que les frais de gestion et de contrôle médical sont couverts intégralement par le produit de la cotisation dont le montant est fixé, en tant que de besoin, chaque année, par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale, après avis d'une section spécialisée du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles comprenant des représentants de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, du groupement mentionné à l'article L. 731-31 et des organisations représentatives des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

« Art. L. 731-35-2. – La Caisse centrale de mutualité sociale agricole gère un fonds spécial destiné à financer les indemnités journalières mentionnées à l'article L. 732-4 et alimenté par les cotisations prévues à l'article L. 731-35-1.

« Les excédents constatés chaque année donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L 732-4. – L'assurance ne comporte en aucun cas l'attribution d'indemnités journalières.

« La Caisse centrale de mutualité sociale agricole rend compte annuellement de la gestion de ce fonds spécial à la section spécialisée du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles mentionnée à l'article L. 731-35-1. » ;

3° L'article L. 732-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 732-4. – Bénéficiaire d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée :

« 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 exerçant à titre exclusif ou principal ;

« 2° Les collaborateurs d'exploitation mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° ;

« 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1°.

« Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée.

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

4° Après l'article L. 732-4, il est inséré un article L. 732-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 732-4-1. – L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752-5. Elle est majorée à l'issue de périodes d'incapacité fixées par décret. » ;

5° L'article L. 732-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L 732-6. – Les prestations allouées en application de l'article L. 732-3 sont, sous réserve des articles L. 732-7 à L. 732-9, celles que prévoit la section 2 du chapitre II du titre IV du présent livre relative à l'assurance maladie, maternité, invalidité des salariés des professions agricoles, à l'exclusion des indemnités journalières et des prestations des assurances décès et vieillesse.</p>	<p>« Art. L. 732-6. – Les prestations allouées en application de l'article L. 732-3 sont, sous réserve des articles L. 732-4 et L. 732-7 à L. 732-9, celles que prévoit la section 2 du chapitre II du titre IV du présent livre relative à l'assurance maladie, maternité, invalidité des salariés des professions agricoles. » ;</p>	
<p>Art. L 732-7. – Les diverses prestations sont fixées, dans les conditions et limites établies par décret, par les statuts et règlements des organismes d'assurance mentionnés à l'article L. 731-30.</p>	<p>6° L'article L. 732-7 est ainsi modifié :</p>	
<p>Ces statuts et règlements sont approuvés par le ministre chargé de l'agriculture. Ils doivent être conformes aux dispositions obligatoires des statuts et règlements types approuvés dans les mêmes formes. Ils précisent notamment les tarifs de responsabilité.</p>	<p>a) Le premier alinéa est supprimé ;</p> <p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « Ces statuts et règlements » sont remplacés par les mots : « Les statuts et règlements des organismes d'assurance mentionnés à l'article L. 731-30 » ;</p>	
<p>Art. L 732-15. – L'absence des cotisations d'assurance maladie, lorsqu'elle est le fait de la mauvaise foi du bénéficiaire, peut conduire, dans des conditions déterminées par un décret, à la suspension du versement des prestations en nature de l'assurance maladie à l'assuré social ; toutefois, cette sanction n'affecte pas les ayants droit de la personne convaincue de mauvaise foi.</p>	<p>7° A l'article L. 732-15, les mots : « en nature » sont supprimés ;</p>	
<p>Art. L 762-4. – Les exploitants agricoles exerçant leur activité sur des exploitations de moins de quarante hectares pondérés sont exonérés des cotisations relatives aux prestations familiales, à l'assurance maladie, invalidité, maternité et à l'assurance vieillesse dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>8° Au premier alinéa de l'article L. 762-4, après les mots : « invalidité, maternité », sont insérés les mots : « à l'exception de la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L. 762-18-1 » ;</p>	
<p>Si, au cours d'une année civile, la surface d'exploitation vient à dépasser le seuil de quarante hectares pondérés, dans le cadre d'une diversification</p>		

Dispositions en vigueur

de la production ou de la mise en valeur de terres incultes, de terres laissées à l'abandon ou de terres insuffisamment exploitées, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite de quarante hectares pondérés pour une période de cinq ans à compter de l'année civile de réalisation du dépassement de ce seuil dans des conditions fixées par décret.

Art. L 762-18. – Au titre des assurances maladie et maternité, les prestations auxquelles peuvent prétendre les bénéficiaires de la présente section sont celles prévues au titre V du livre VII du code de la sécurité sociale.

L'assurance maladie prend aussi en charge les suites des accidents survenus dans un régime obligatoire d'assurance maladie dont relevaient soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, les personnes visées à l'article L. 762-13 avant leur assujettissement au présent régime.

Elle couvre également :

1° Les conséquences des accidents dont sont victimes les enfants mineurs de seize ans et assimilés mentionnés à l'article L. 722-10 qui n'exercent pas d'activité professionnelle, ainsi que les suites que peuvent entraîner lesdits accidents pour les victimes après l'âge de seize ans ou, le cas échéant, de vingt ans, dès lors qu'elles demeurent assujetties au régime d'assurance obligatoire institué par la présente section ;

2° Les conséquences des accidents dont sont victimes les titulaires d'une pension de retraite ou de l'allocation de vieil-

Texte du projet de loi

9° Après l'article L. 762-13, il est inséré un article L. 762-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 762-13-1. – Pour l'application de l'article L. 731-13 concernant la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L. 732-4, la référence à l'article L. 732-4 est remplacée par la référence à l'article L. 762-18-1. » ;

10° L'article L. 762-18 est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>lesse versée en application des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur antérieurement au 1^{er} janvier 1990 et les assujettis titulaires d'une pension d'invalidité versée aux victimes d'accidents de la vie privée et d'accidents du travail survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1^{er} avril 2002 ou d'une rente visée à l'article L. 752-6, ainsi que leur conjoint.</p>	<p>a) À l'avant dernier alinéa, les mots : « et des accidents de la vie privée » sont supprimés ;</p>	
<p>Sous réserve des dispositions de l'alinéa qui précède, l'assurance ne couvre pas les conséquences des accidents du travail, des maladies professionnelles et des accidents de la vie privée lors même qu'il n'y aurait pas affiliation au régime mentionné à la section 5 du présent chapitre.</p>	<p>b) Le dernier alinéa est supprimé ;</p>	
<p>Elle ne comporte en aucun cas l'attribution d'indemnités journalières.</p>	<p>11° Après l'article L. 762-18, il est inséré un article L. 762-18-1 ainsi rédigé :</p>	
	<p>« Art. L. 762-18-1. – Bénéficiaire d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée :</p>	
	<p>« 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 762-7 exerçant à titre exclusif ou principal ;</p>	
	<p>« 2° Les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° ;</p>	
	<p>« 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés à l'article L. 722-10 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1°.</p>	
	<p>« Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code des assurances</p> <p>Livre IV Organisations et régimes particuliers d'assurance Titre IV Régimes particuliers d'assurance Chapitre II Autres régimes particuliers d'assurance Section II Régime obligatoire d'assurance maladie, invalidité et maternité des exploitants agricoles et des membres non salariés de leur famille (AMEXA) Art. L. 442-3. – Comme il résulte des articles L. 731-30 et L. 731-32 du code rural et de la pêche maritime, les personnes assujetties au régime obliga- toire d'assurance maladie, invalidité et maternité des exploitants agricoles et des membres non salariés de leur fa- mille, peuvent être assurées par les en- treprises mentionnées à l'article L. 310- 1 du présent code lorsqu'elles agissent dans les conditions fixées à cet effet par le code rural et de la pêche maritime.</p>	<p>« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. » ;</p> <p>12° Les dispositions du présent ar- ticle entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2014.</p>	<p><i>Article additionnel après l'article 56</i></p>
<p>Code rural et de la pêche maritime</p>		<p><i>I. – La section II du chapitre II du Titre IV du Livre IV du code des as- surances est abrogée.</i></p>
<p>Art. L. 726-2. – Il est créé un fonds spécial d'action sociale destiné à promouvoir et à développer une action sociale en faveur de l'ensemble des bé- néficiaires de l'assurance maladie, inva- lidité, maternité des non-salariés et, par- ticulièrement, des plus défavorisés.</p>		<p><i>II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</i></p>
<p>Ce fonds, géré par la mutualité sociale agricole, est administré par un comité national et des comités départe- mentaux d'action sociale où sont repré- sentés exclusivement les organismes et assureurs compte tenu du nombre de leurs adhérents.</p>		<p><i>1° Après la dernière occurrence du mot « sociale », la fin du deuxième alinéa de l'article L. 726-2 est suppri- mée ;</i></p>

Dispositions en vigueur

Art. L. 726-3. – Le conseil d'administration de la caisse de mutualité sociale agricole ainsi que les assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 peuvent financer des actions destinées à venir en aide aux assurés éprouvant des difficultés pour régler les cotisations légales de sécurité sociale, la contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale. Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. Il fixe notamment les cotisations et contributions éligibles à ces actions, la nature des aides, les modalités de fixation de l'enveloppe annuelle maximum affectée à chaque caisse et aux assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13, ainsi que la procédure applicable.

Art. L. 731-10. – Les cotisations à la charge des assujettis aux prestations familiales et aux assurances maladie, invalidité, maternité, vieillesse et veuvage des non-salariés des professions agricoles sont assises et perçues par les caisses de mutualité sociale agricole et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30. Elles sont affectées pour partie au service des prestations et pour partie aux dépenses complémentaires qui comprennent, notamment, les frais de gestion, le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale.

Art. L. 731-30. – Les personnes mentionnées à l'article L. 722-10 sont assurées, à leur choix, soit par les caisses de la mutualité sociale agricole, soit par tous organismes d'assurances mentionnés à l'article L. 771-1 ou au code de la mutualité, ou par tous autres organismes d'assurances, dès lors, d'une part, que lesdits organismes auront été habilités par arrêtés de leurs ministres de tutelle respectifs et, d'autre part, qu'ils auront adhéré au règlement prévu à l'article L. 731-34.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° À la dernière phrase de l'article L. 726-3, les mots « aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont remplacés par les mots « à l'article L. 752-13 » ;

3° Après le mot : « agricole », la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 731-10 est supprimée ;

4° L'article L. 731-30 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Art. L. 731-30. – Pour la couverture des risques mentionnés à l'article L. 732-3, les personnes mentionnées à l'article L. 722-10 sont assurées obligatoirement par les caisses de la mutualité sociale agricole. » ;

Dispositions en vigueur

Les assujettis pourront contracter librement toutes autres assurances complémentaires ou supplémentaires auprès des organismes de mutualité sociale agricole ou de tous organismes visés à l'article L. 771-1 ou au code de la mutualité, ou de tous autres organismes d'assurance.

Art. L. 731-31. – Les organismes assureurs, en fonction de leur statut propre, devront se grouper par catégories, en vue de l'accomplissement de leurs obligations légales et réglementaires, notamment en ce qui concerne le respect des clauses des contrats, l'application des tarifs, l'exercice du contrôle médical et les opérations de compensation.

Art. L. 731-32. – L'unité du régime d'assurance maladie obligatoire est réalisée par la mutualité sociale agricole, qui effectue la compensation, ainsi que les opérations de contrôle y afférentes. Elle centralise toutes les informations nécessaires au fonctionnement du régime.

Art. L. 731-33. – Les organismes assureurs, autres que les caisses de mutualité sociale agricole, devront obtenir de ces dernières, moyennant paiement de leur quote-part de frais, communication de tous renseignements nécessaires à l'établissement des cotisations des personnes dont ils auront reçu l'affiliation.

Les caisses de mutualité sociale agricole communiquent à l'autorité administrative compétente, le nom des assujettis qui n'auront pas été affiliés en temps voulu.

L'autorité administrative compétente peut prononcer l'affiliation d'office auprès des organismes assureurs ; ces affiliations d'office seront réparties proportionnellement aux effectifs recueillis, dans le département, par chacun des organismes.

Il est interdit à tout organisme d'assurance de refuser l'inscription volontaire ou l'affiliation d'office d'un as-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

b) Le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « Toutefois, les assujettis peuvent contracter librement...(le reste sans changement) »

5° Les articles L. 731-31 à L. 731-33 et L. 732-7 sont abrogés.

Amendement AS 257

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>suré, à peine de se voir retirer l'autorisation de garantir les risques prévus au présent paragraphe.</p>	<p style="text-align: center;">Article 57</p> <p>A. – 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 370,27 millions d'euros pour l'année 2013.</p> <p>B. – 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, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 85 millions d'euros pour l'année 2013.</p> <p>C. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 22,2 millions d'euros pour l'année 2013.</p> <p>D. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2013, à 160 millions d'euros, selon une répartition entre les régimes fixée par arrêté des</p>	<p style="text-align: center;"><i>III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2013. A cette date les personnes non salariées agricoles précédemment assurées par les organismes d'assurances autres que les caisses de mutualité sociale agricole se trouvent assurées d'office auprès de ces caisses</i></p> <p style="text-align: center;">Amendement AS 257</p> <p style="text-align: center;">Article 57</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001	<p>ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.</p> <p>E. – 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 43 millions d'euros pour l'année 2013. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 65,1 millions d'euros pour l'année 2013.</p> <p>F. – 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, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 83,65 millions d'euros pour l'année 2013, qui sont répartis entre actions par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées.</p> <p>G. – À l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, il est inséré un III quinquies ainsi rédigé :</p>	
Art. 40. – I. – Il est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.		
II. – Ce fonds finance des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.		
À ce titre, il participe au financement :		
1° De contrats d'amélioration des conditions de travail ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement ;		
2° Des actions de modernisation sociale, notamment celles figurant dans		

Dispositions en vigueur

le volet social des contrats d'objectifs et de moyens ;

3° Des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation ou membres de communautés hospitalières de territoire mentionnées à l'article L. 6132-1 du même code.

III. – Ce fonds finance des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnées au même article L. 6132-1

Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet d'un accord avec le Gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.

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.

III ter. – Le fonds peut prendre en charge le financement des missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations prévues au I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 exercées par l'agence technique de l'information sur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
l'hospitalisation	<p>III quater. – Le fonds prend en charge les frais de fonctionnement d'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements des références et recommandations de gestion hospitalière.</p> <p>Le fonds prend également en charge les frais de fonctionnement d'une mission nationale d'appui à l'investissement, placée auprès du ministre chargé de la santé et de missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès des directeurs généraux d'agences régionales de santé.</p>	<p>« III quinquies. – Le fonds peut financer les missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé déléguées par le ministre en charge de la santé au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. »</p>
Code de la sécurité sociale	<p>H. – I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>Livre I^{er} Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement</p>	<p>A. - Le titre III du livre I^{er} est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 138-8. – Le produit de la contribution est réparti dans les conditions prévues à l'article L. 162-37.</p>	<p>1° L'article L. 138-8 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>Art. L. 138-18. – Le produit de la contribution est réparti dans les condi-</p>	<p>« Art. L. 138-8. – Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;</p> <p>2° L'article L. 138-18 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. L. 138-18. – Le produit de la contribution est affecté à la Caisse na-</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
tions prévues par l'article L. 138-8.	tionale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »	
Livres I ^{er} Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales	B. – Le titre VI du livre I ^{er} est ainsi modifié :	
Art. L. 161-45. – La Haute Autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est arrêté par le collègue sur proposition du directeur.		
Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par :		
1° Des subventions de l'État ;		
2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2. Cette dotation est composée de deux parts, l'une au titre de la procédure prévue par les articles L. 6113-3, L. 6113-4 et L. 6322-1 du code de la santé publique, l'autre au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de la Haute Autorité de santé ;	1° Au 2° de l'article L. 161-45, les mots : « les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 » sont remplacés par les mots : « des conditions fixées par décret » ;	
3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collègue ;		
4° Une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-5-1 A ;		
4° bis Une fraction égale à 44 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-5-1 ;		
5° Le montant des taxes mentionnées aux articles L. 161-37-1 et L. 165-11 du présent code ainsi qu'aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;		
6° Des produits divers, des dons et legs.		

Dispositions en vigueur

Art. L. 162-18. – Les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France.

Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet.

Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire.

Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Art. L. 162-37. – Le montant des remises prévues aux articles L. 162-16, L. 162-18 et L. 165-4 est versé à l'assurance maladie du régime général des travailleurs salariés qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon des modalités fixées par dé-

Texte du projet de loi

2° À l'article L. 162-18, les mots : « , la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole » sont supprimés ;

3° L'article L. 162-37 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 162-37. – Le montant des remises prévues aux articles L. 162-18 et L. 165-4 est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

cret.

Art. L. 165-4. – Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20.

Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.

Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.

Art. L. 221-1-1. – I. – Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Le fonds finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.

4° A l'article L. 165-4, les mots : « , la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole » sont supprimés.

C. – La seconde phrase du II de l'article L. 221-1-1 est remplacée par les dispositions suivantes :

C. – L'article L. 221-1-1 est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa du I, après le mot : « ville, », sont insérés les mots : « à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes pilotes et des bonnes pratiques élaborés par la Haute autorité de santé, » ;

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>II. – Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>.....</p>	<p>« Le versement et la répartition de la dotation entre les régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret. »</p>	<p>2° La dernière phrase du II est ainsi rédigée : »</p> <p>Amendement AS 190</p>
<p>Code de la santé publique</p>	<p>II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	
<p>Art L. 1142-23. – L'office est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable défini par décret.</p>		
<p>Les charges de l'office sont constituées par :</p>		
<p>1° Le versement d'indemnités aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales en application des dispositions du présent chapitre ;</p>		
<p>2° Le versement d'indemnités en réparation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire en application de l'article L. 3111-9 ;</p>		
<p>3° Le versement d'indemnités aux victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine en application de l'article L. 3122-1 ;</p>		
<p>3° bis Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1221-14 ;</p>		
<p>3° ter Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1142-24-7 ;</p>		
<p>4° Le versement des indemnités prévues à l'article L. 3131-4 aux victimes de dommages imputables directement à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée en application de mesures prises conformément</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
aux articles L. 3131-1 et L. 3134-1 ;		
5° Les frais de gestion administrative de l'office et des commissions régionales et interrégionales ;		
6° Les frais résultant des expertises diligentées par les commissions régionales et interrégionales ainsi que des expertises prévues pour l'application des articles L. 1142-24-4, L. 1221-14, L. 3131-4, L. 3111-9 et L. 3122-2.		
Les recettes de l'office sont constituées par :	A. – Le douzième alinéa de l'article L. 1142-23 est remplacé par les dispositions suivantes :	
1° Une dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie dans des conditions fixées par décret. La répartition de cette dotation entre les différents régimes d'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ;	« 1° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance versée et répartie dans des conditions fixées par décret. »	
2° Le produit des remboursements des frais d'expertise prévus aux articles L. 1142-24-4, L. 1221-14, L. 1142-14 et L. 1142-15 ;		
3° Le produit des pénalités prévues aux articles L. 1142-14, L. 1142-15, L. 1142-24-6 et L. 1142-24-7 ;		
4° Le produit des recours subsidiaires mentionnés aux articles L. 1221-14, L. 1142-15, L. 1142-17, L. 1142-24-7, L. 3131-4, L. 3111-9 et ;		
5° Une dotation versée par l'État en application de l'article L. 3111-9 ;		
6° Une dotation versée par l'État en application de l'article L. 3131-4 ;		
7° Une dotation versée par l'Etablissement français du sang couvrant l'ensemble des dépenses exposées en application de l'article L. 1221-14. Un décret fixe les modalités de versement de cette dotation ;		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>8° Une dotation versée par l'État en application de la section 4 bis du présent chapitre.</p>	<p>B. – Au 4° de l'article L. 1222-8, après les mots : « organismes d'assurance maladie », sont insérés les mots : « . La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ».</p>	
<p>Art. L. 1222-8. – Les recettes de l'Etablissement français du sang sont constituées par :</p>		
<p>1° Les produits de la cession des produits sanguins labiles ;</p>		
<p>2° Les produits des activités annexes ;</p>		
<p>3° Des redevances pour services rendus établies par décret dans les conditions fixées par l'article 5 de l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances ;</p>		
<p>4° Des produits divers, des dons et legs ainsi que des subventions de l'État, des collectivités publiques, de leurs établissements publics et des organismes d'assurance maladie ;</p>		
<p>5° Des emprunts.</p>		
<p>Art. L. 1417-8. – Les ressources de l'institut sont constituées notamment :</p>	<p>C. – Le 2° de l'article L. 1417-8 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>1° Par une subvention de l'État ;</p>	<p>« 2° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ; »</p>	
<p>2° Par une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Les modalités de fixation et de révision de la dotation globale sont prévues par décret en Conseil d'État ;</p>		
<p>3° Par des subventions de collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes d'assurance maladie, des organismes mutualistes, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
4° Par des taxes prévues à son bénéfice ;	D. – Le 2° de l'article L. 1418-7 est remplacé par les dispositions suivantes :	
5° Par des redevances pour services rendus ;		
6° Par des produits divers, dons et legs ;	« 2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret ; ».	
7° Par des emprunts.		
Art. L. 1418-7. – Les ressources de l'agence comprennent :		
1° Des subventions de l'État, de l'Union européenne ou d'organisations internationales ;		
2° Une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;		
3° Des taxes et redevances créées à son bénéfice ;		
4° Des produits divers, dons et legs ;		
5° Des emprunts.		
Art. L. 3135-4. – Les ressources de l'établissement public sont constituées par :		
1° Des taxes prévues à son bénéfice ;		
2° Des redevances pour services rendus ;		
3° Le produit des ventes des produits et services mentionnés à l'article L. 3135-1 ;		
4° Les reversements et remboursements mentionnés à l'article L. 162-1-16 du code de la sécurité sociale ;		
5° Une contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
année par la loi de financement de la sécurité sociale, répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;	E. – Au 5° de l'article L. 3135-4, les mots : « répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « . Le versement et la répartition de la contribution entre les régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret ».	
6° Des subventions, notamment de l'État ;		
7° Des produits divers, dons et legs ;		
8° Des emprunts.		
Le montant de la contribution mentionnée au 5° ne peut excéder 50 % des dépenses de l'établissement public au titre des missions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3135-1. Le respect de ce plafond est apprécié sur trois exercices consécutifs		
Art. L. 6113-10-2. – Les ressources du groupement sont constituées notamment par :		
1° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;	F. – Au 1° de l'article L. 6113-10-2, les mots : « versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « . Le versement et la répartition de la contribution entre les régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret ».	
2° Une dotation versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;		
3° Des subventions de l'État, des collectivités publiques, de leurs établissements publics, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;		
4° Des ressources propres, dons et legs.		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code rural et de la pêche maritime</p>	<p>III. – Le 3° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est abrogé.</p>	
<p>Art. L. 731-2. – Le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par :</p>	<p>IV. – Le 2° du I de l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ;</p>	<p>« 2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ; ».</p>	
<p>2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code ;</p>		
<p>3° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 138-1 et L. 138-10 du même code, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 138-8 du même code ;</p>		
<p>Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale</p>		
<p>Art. 4. – I. – Les ressources de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation sont constituées notamment par :</p>		
<p>1° Des subventions de l'État, ainsi que, le cas échéant, des subventions d'établissements publics de l'État, d'autres collectivités publiques ou de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;</p>		
<p>2° Une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; un décret en Conseil d'État détermine notamment les modalités de fixation et de révision de cette dotation globale par l'autorité compétente de l'État ;</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>3° Le produit des redevances de services rendus ;</p>		
<p>4° Les produits divers, dons et legs.</p>		
<p>II. – L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée au I est autorisée à conclure des contrats à durée indéterminée avec les agents contractuels de droit public qu'elle emploie.</p>		
<p>Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière</p>		
<p>Art. 116. – Le Centre national de gestion est l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, des directeurs des soins et des praticiens hospitaliers.</p>		
<p>Tout établissement mentionné à l'article 2 verse au Centre national de gestion une contribution. L'assiette de la contribution de chaque établissement est constituée de la masse salariale des personnels employés par l'établissement à la date de clôture du pénultième exercice. Le taux de la contribution est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales dans la limite de 0,15 %. En vue de la fixation du montant de la contribution, chaque établissement fait parvenir à l'administration une déclaration des charges salariales induites par la rémunération de ses personnels. La contribution est recouvrée par le Centre national de gestion.</p>		
<p>Les ressources du Centre national de gestion comprennent également des subventions, avances, fonds de concours et dotation de l'État ainsi qu'une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>V. – Au troisième alinéa de l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les mots : « , versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « . La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ».</p>	

Dispositions en vigueur

Dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, le Centre national de gestion peut également assurer le remboursement des rémunérations, avantages en nature, charges sociales et taxes assises sur les salaires versés par les établissements mentionnés à l'article 2 aux praticiens hospitaliers, aux personnels de direction ou aux directeurs des soins qui y sont nommés en surnombre.

Le Centre national de gestion exerce ses missions au nom du ministre chargé de la santé ou du directeur de l'établissement de rattachement du personnel qu'il gère.

Le directeur général du Centre national de gestion est recruté sur un emploi doté d'un statut fonctionnel dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.

Le Centre national de gestion emploie des agents régis par les lois n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État ou n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou par la présente loi ainsi que des personnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition.

Il emploie également des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Le conseil d'administration délibère sur un règlement fixant les conditions de leur gestion administrative et financière.

Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009

Art. 69. – Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

VI. – A l'article 69 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>du budget, de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale, peut contribuer au financement de l'un des organismes agréés par l'État visés au dernier alinéa de l'article 116-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, au titre de la convention en cours à la date de publication de la présente loi souscrite au profit de ses adhérents en application de l'article L. 141-1 du code des assurances.</p>	<p>financement de la sécurité sociale pour 2009, les mots : « les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « des conditions fixées par décret ».</p>	
<p>Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001</p>	<p>VII. – Au premier alinéa du V de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, la deuxième phrase est remplacée par la phrase suivante :</p>	
<p>Art. 40. – I. –</p>	<p>« Le versement et la répartition entre les différents régimes sont réalisés dans des conditions définies par décret. »</p>	
<p>V. – Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et, pour 2001, à 600 millions de francs, ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p>		
<p>Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique sont versées au fonds.</p>		
<p>Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.</p>		
<p>.....</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code rural et de la pêche maritime</p> <p>Art. L. 732-21. – L'interruption d'activité résultant de maladie ou d'infirmité graves empêchant toute activité professionnelle ne prive pas l'intéressé de droit à la pension de retraite.</p>	<p style="text-align: center;">Article 58</p> <p>Pour l'année 2013, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :</p> <p>1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 190,1 milliards d'euros ;</p> <p>2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 165,0 milliards d'euros.</p> <p style="text-align: center;">Article 59</p> <p>Pour l'année 2013, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :</p> <p style="text-align: center;">Cf. tableau en annexe 1</p> <p style="text-align: center;">Section 2 Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse</p> <p style="text-align: center;">Article 60</p> <p>Au premier alinéa de l'article L. 732-21 du code rural et de la pêche maritime, après les mots : « pension de retraite », sont ajoutés les mots : « , composée de la retraite forfaitaire et de la retraite proportionnelle dans les conditions prévues aux 1° et 2° des articles L. 732-24 et L. 762-29. Les modalités de calcul de la pension sont fixées par décret. »</p>	<p style="text-align: center;"><i>Article additionnel après l'article 57</i></p> <p><i>Avant le 31 mars 2013, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le dossier médical personnel. Ce rapport produit les résultats d'un audit portant sur le caractère opérationnel du dossier médical personnel et sa gestion par l'agence des systèmes d'information partagés de santé. Il formule des propositions quant à l'opportunité de la poursuite du projet.</i></p> <p style="text-align: center;">Amendement AS 258</p> <p style="text-align: center;">Article 58</p> <p>Sans modification</p> <p style="text-align: center;">Article 59</p> <p>Sans modification</p> <p style="text-align: center;">Section 2 Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse</p> <p style="text-align: center;">Article 60</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Toute période de service national légal, de mobilisation ou de captivité est, sans condition préalable, assimilée à une période d'assurance pour l'ouverture du droit à la liquidation des avantages vieillesse.</p>		
<p>Sauf dans la mesure où elle s'impute sur la durée de la peine, toute période de détention provisoire accomplie par une personne qui, au moment de son incarcération, relevait de l'assurance prévue à la présente sous-section est également prise en considération pour l'ouverture du droit à pension.</p>		
Code de la sécurité sociale	Article 61	Article 61
<p>Art. L. 221-1-2. – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds des actions conventionnelles.</p>	<p>I. – Le I et le II de l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les dispositions suivantes :</p>	Sans modification
<p>I. – Les ressources de ce fonds sont constituées :</p>	<p>« I. – Les ressources de ce fonds sont celles qui lui sont spécifiquement affectées par les parties conventionnelles.</p>	
<p>1° Par le produit de la cotisation mentionnée au II de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale ;</p>		
<p>2° Par toute autre ressource qui lui serait spécifiquement affectée par les parties conventionnelles.</p>		
<p>II. – Pour les médecins libéraux, le fonds finance l'allocation de remplacement prévue par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 précitée et peut également :</p>	<p>« II. – Pour les médecins libéraux, le fonds peut participer au financement de l'aide mentionnée à l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.</p>	
<p>1° Participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice des médecins dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie ;</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>2° Participer au financement du dispositif de reconversion vers la médecine du travail et de prévention des médecins prévu par l'article L. 241-6-1 du code du travail ;</p>		
<p>3° Participer au financement de l'aide mentionnée à l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.</p>		
<p>Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures visées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, le fonds peut financer le développement professionnel continu.</p>	<p>« Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures mentionnées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, le fonds peut financer le développement professionnel continu et participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice des professionnels de santé libéraux dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie. »</p>	
<p>III. – À l'exception des décisions relatives au développement professionnel continu, les décisions de financement sont prises, pour chacune des professions concernées, par les parties aux conventions ou à l'accord mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1, dans des conditions déterminées par ces conventions ou cet accord. Les décisions de financement relatives au développement professionnel continu sont prises par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p>		
<p>IV. – Les conditions d'application du présent article sont définies par décret.</p>		
<p>Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale</p>		
<p>Art. 4. – I. – Les médecins âgés de cinquante-sept ans au moins, relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale et qui cessent définitivement toute activité médicale non salariée avant le 1^{er} octobre 2003, sauf exceptions définies par décret, reçoivent, sur leur demande, une allocation visant à leur garantir, au plus tard jusqu'à leur soixante-cinquième anniversaire, un re-</p>	<p>II. – L'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est abrogé.</p>	

Dispositions en vigueur

venu de remplacement, à condition de ne pas bénéficier à la date de la demande d'allocation ou pendant son service :

1° D'un avantage de retraite servi par la Caisse autonome de retraite des médecins français, quel que soit son montant ;

2° D'un avantage de retraite autre que celui mentionné au 1° d'un montant supérieur à un plafond fixé par le décret mentionné au III ;

3° D'un avantage du régime d'assurance invalidité mentionné à l'article L. 644-2 du code de la sécurité sociale ou des dispositions de l'article L. 643-2 du même code ; les personnes qui, au titre de la durée de leur captivité ou de leurs services militaires en temps de guerre, peuvent bénéficier des dispositions de l'article L. 643-3 du même code sont admises à percevoir l'allocation de cessation anticipée d'activité jusqu'à l'âge auquel elles peuvent faire valoir leurs droits à retraite à taux plein en application dudit article.

L'obligation de cesser définitivement toute activité médicale non salariée, prévue au premier alinéa du présent I, ne fait pas obstacle à la participation à la permanence des soins prévue à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique.

Le service de l'allocation cesse au premier jour du trimestre civil suivant la date à laquelle l'intéressé se trouve dans l'une des situations définies aux 1°, 2° et 3° ci-dessus.

Le montant de cette allocation est déterminé en fonction des revenus que les intéressés tiraient antérieurement de l'activité qu'ils exerçaient dans les conditions fixées par les articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite d'un plafond fixé par décret et variant, le cas échéant, selon l'âge auquel la demande d'allocation est présentée.

L'allocation ne peut être cumulée avec les revenus d'une activité médicale salariée que dans la limite d'un plafond fixé par le décret mentionné au III.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Le dépassement du plafond mentionné à l'alinéa précédent entraîne une réduction de l'allocation à due concurrence. Toutefois, il n'est pas tenu compte des revenus tirés de l'activité médicale exercée dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique.

II. – Le financement de cette allocation est assuré par une cotisation qui est à la charge :

1° Des médecins en exercice relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale ;

2° Du régime général d'assurance maladie, des régimes d'assurance maladie des professions agricoles et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Cette cotisation est proportionnelle aux revenus que les médecins tirent de l'activité mentionnée au 1°.

Le solde, constaté au 31 décembre de chaque année, des cotisations encaissées et des prestations servies au cours de l'exercice est affecté au financement des prestations complémentaires de vieillesse servies aux médecins en application de l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale.

III. – Le montant de l'allocation, le montant de la cotisation ainsi que la répartition de celle-ci entre les médecins et les régimes d'assurance maladie et les cas d'exonération sont fixés par décret. Le décret fixe également les cas et les conditions dans lesquels, à titre exceptionnel, la date mentionnée au premier alinéa du I peut être fixée après le 1^{er} octobre 2003 pour les personnes ayant organisé avant le 1^{er} octobre 2002 leur cessation d'activité.

IV. – Le recouvrement de la cotisation et la liquidation de l'allocation sont assurés par la caisse autonome de retraite des médecins français. Ces opérations font l'objet d'une comptabilité distincte de celles des autres régimes gé-

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

rés par cet organisme. Celui-ci perçoit des frais de gestion dont le montant est fixé par l'autorité administrative après avis de cette caisse.

V. – Les médecins qui bénéficient de l'allocation instituée au paragraphe I restent redevables des cotisations que doivent acquitter, à titre obligatoire, les médecins non salariés aux régimes d'assurance vieillesse dont ils relèvent. La cotisation proportionnelle mentionnée à l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale est déterminée, à compter de la troisième année civile de perception de l'allocation de remplacement visée au I, en pourcentage du montant d'allocation perçu au cours de l'avant-dernière année, ainsi que, le cas échéant, des revenus professionnels libéraux retenus pour le calcul de l'impôt. Ils restent également redevables des cotisations relatives au régime d'assurance décès mentionné à l'article L. 644-2 du code de la sécurité sociale selon des modalités fixées par décret.

VI. – Les médecins qui bénéficient de l'allocation instituée au paragraphe I conservent leurs droits aux prestations en nature du régime d'assurance maladie et maternité dont ils relevaient lors de leur cessation d'activité. Ils doivent acquitter une cotisation d'assurance maladie-maternité dont le taux est fixé par décret.

VII. – Les litiges nés de l'application du présent article, à l'exception du paragraphe III, relèvent du contentieux général de la sécurité sociale.

Texte du projet de loi

III. – Le solde, constaté au 31 décembre 2012, de la sous-section du fonds mentionné à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale retraçant les recettes et les dépenses liées au produit de la cotisation et au versement de l'allocation de remplacement prévues à l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est affecté à la section du fonds relative aux médecins.

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	Article 62 L'article L. 645-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé : Art. L. 645-5. – La valeur de service du point de retraite pour les prestations de droit direct et les pensions de réversion liquidées antérieurement au 1 ^{er} janvier 2006 est fixée par décret pour chacun des régimes. Les points non liquidés et acquis antérieurement au 1 ^{er} janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal à la somme des produits du nombre de points acquis chaque année par une valeur de service du point. Cette valeur, fixée par décret, peut varier selon l'année durant laquelle les points ont été acquis et selon l'année de liquidation de la pension. Les points acquis à compter du 1 ^{er} janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal au produit du nombre de points portés au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. Cette valeur de service est fixée par décret. « Pour l'application du premier alinéa, une valeur de service plus favorable peut être prévue par décret pour les pensions de réversion, au titre d'un nombre de points n'excédant pas un seuil défini par décret. »	Article 62 Sans modification
Code des transports	I. – Le code des transports est ainsi modifié : 1° L'article L. 5552-31 est ainsi modifié : a) Au premier alinéa, les mots : « une fraction de la pension de réversion » sont remplacés par les mots : « une fraction définie par décret en Conseil d'État de la pension dont le marin était ou aurait été titulaire » ;	Article 63 Sans modification

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>procédé à la réduction temporaire des pensions d'orphelins.</p>	<p>b) Au second alinéa, après les mots : « si celui-ci ne peut prétendre à pension » sont ajoutés les mots : « de réversion », après les mots : « passent aux enfants », sont ajoutés les mots : « dans les conditions fixées à l'article L. 5552-36 » et après les mots : « fixé par le premier alinéa », sont ajoutés les mots : « et de l'âge prévu à l'article L. 5552-33 » ;</p>	
<p>En cas de décès de l'autre parent ou si celui-ci ne peut prétendre à pension, les droits qui lui auraient appartenu passent aux enfants dans la limite du maximum fixé par le premier alinéa.</p>	<p>2° L'article L. 5552-34 est abrogé ;</p>	
<p>Art. L. 5552-34. – Les orphelins du marin décédé mentionné à l'article L. 5552-11 ont droit à la réversion d'une fraction de la pension spéciale dont le marin était titulaire ou à laquelle il aurait pu prétendre s'il n'était décédé avant d'être pensionné, dans les conditions prévues aux articles L. 5552-31 à L. 5552-33.</p>	<p>3° L'article L. 5552-36 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>Art. L. 5552-36. – Lorsque les enfants mineurs issus de plusieurs lits sont orphelins de père et de mère, la pension qui aurait été attribuée au conjoint survivant se partage, par parties égales, entre chaque groupe d'orphelins.</p>	<p>« Art. L. 5552-36. – En cas de pluralité d'ayants cause du marin, la pension de réversion prévue par l'article L. 5552-25 est répartie entre les bénéficiaires des différents lits comme suit :</p>	
<p>La pension temporaire est, dans ce cas, attribuée dans les conditions prévues aux articles L. 5552-31 à L. 5552-33 et L. 5552-35.</p>	<p>« a) Les conjoints survivants ou divorcés ayant droit à la pension de réversion ont droit au total à une part de la pension de réversion correspondant au rapport entre leur nombre et le nombre total de lits en présence. Cette part est ensuite partagée entre eux au prorata de la durée respective de chaque mariage. Un lit est représenté soit par le conjoint survivant, soit par chaque conjoint divorcé survivant, soit par chaque groupe d'orphelins du marin dont l'autre parent n'a pas ou plus droit à pension de réversion ;</p>	
	<p>« b) La différence entre le montant global de la pension de réversion et la part de cette pension versée aux conjoints survivants ou divorcés en application du a) est répartie également entre les orphelins ayant droit à cette pension et qui représentent un lit. » ;</p>	
	<p>4° L'article L. 5552-37 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 5552-37. – Lorsqu’au décès du marin il existe plusieurs conjoints ou ex-conjoints survivants, ayant droit à pension, la pension de réversion est répartie entre eux au prorata de la durée respective de chaque mariage. Au décès de l’un des bénéficiaires, le droit est reversé au profit des enfants que le bénéficiaire a eus avec le marin réunissant les conditions d’âge exigées pour l’octroi d’une pension ou, à défaut, sa part accroît la part des autres conjoints ou ex-conjoints survivants.</p>	<p>« Art. L. 5552-37. – Lorsqu’au décès du marin, il existe plusieurs conjoints ou anciens conjoints survivants, ayant droit à l’allocation annuelle proportionnelle prévue à l’article L. 5552-29, cette allocation est répartie entre eux au prorata de la durée respective de chaque mariage. » ;</p>	
<p>Les dispositions du premier alinéa s’appliquent dans les mêmes conditions à l’allocation annuelle mentionnée à l’article L. 5552-29.</p>	<p>5° À l’article L. 5552-44, après les mots : « Sous réserve des dispositions des articles L. 5552-7, L. 5552-10, L. 5552-31 », sont insérés les mots : « , L. 5552-36, L. 5552-37 ».</p>	
<p>Art. L. 5552-44. – Sous réserve des dispositions des articles L. 5552-7, L. 5552-10, L. 5552-31 et L. 5552-38, les pensions sont définitivement acquises et ne peuvent être révisées ou supprimées que dans les conditions suivantes :</p>		
<p>1° À tout moment, en cas d’erreur matérielle ;</p>		
<p>2° Dans le délai d’un an à compter de la notification de la décision de concession initiale de la pension, en cas d’erreur de droit.</p>		
<p>La restitution des sommes payées au titre de la pension supprimée ou révisée est exigible lorsque l’intéressé était de mauvaise foi.</p>	<p>II. – Le I est applicable aux pensions de réversion liquidées à compter du 1^{er} janvier 2013.</p>	
	<p>Dans les cas où son application conduit à une révision et à une liquidation d’une pension inférieure à ce que percevait l’ayant cause du marin avant le 1^{er} janvier 2013, cet ayant cause conserve le bénéfice de l’ancienne pension jusqu’à la notification du nouveau montant calculé conformément à l’article L. 5552-36 du code des transports, dans sa rédaction issue de la présente loi. Le trop-perçu ne peut faire l’objet d’aucune demande de</p>	

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'administration tendant à la répétition des sommes indûment versées.

Article additionnel après l'article 63

I. – Les bénéficiaires d'une pension de retraite versée par un organisme français et résidant hors de France doivent fournir une fois par an à leurs caisses de retraite un justificatif d'existence.

II. – Sous réserve de l'appréciation de la situation locale par les autorités consulaires françaises, les justificatifs d'existence peuvent être télétransmis.

III. – La suspension du versement de la pension de retraite dans le cas où le bénéficiaire ne justifie pas son existence ne peut avoir lieu qu'à l'expiration d'un délai minimum d'un mois à compter de la date fixée par la caisse de retraite pour l'envoi du justificatif.

Amendement AS 232

Article 64

Pour l'année 2013, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 218,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 115,3 milliards d'euros.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Article 65

I. – Le code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :

1° L'article L. 241-10 est modifié ainsi qu'il suit :

Article 64

Sans modification

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Article 65

Sans modification

Code de la sécurité sociale

Art. L. 241-10. – I. – La rémunération d'une aide à domicile est exoné-

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>rée des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par :</p>	<p>a) Au sixième alinéa, les mots : « de la législation des accidents du travail ou » sont supprimés ;</p>	
<p>a) Des personnes ayant atteint un âge déterminé et dans la limite, par foyer, et pour l'ensemble des rémunérations versées, d'un plafond de rémunération fixé par décret ;</p>		
<p>b) Des personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé mentionné à l'article L. 541-1 ou à la prestation de compensation dans les conditions définies au 1° du III de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>		
<p>c) Des personnes titulaires :</p>		
<p>soit de l'élément de la prestation de compensation mentionnée au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles ;</p>		
<p>soit d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, de la législation des accidents du travail ou d'un régime spécial de sécurité sociale ou de l'article L. 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;</p>	<p>b) Après le sixième alinéa du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	
	<p>« soit d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne servie au titre de la législation des accidents du travail ; »</p>	
<p>d) Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, sous réserve d'avoir dépassé un âge fixé par décret ;</p>		
<p>e) Des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie prévue à l'article L. 232-2 du code de l'action so-</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>ciale et des familles, dans des conditions définies par décret.</p>	<p>2° Le troisième alinéa de l'article L. 434-2 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>Sauf dans le cas mentionné au a, l'exonération est accordée sur la demande des intéressés par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations dans des conditions fixées par arrêté ministériel.</p>		
<p>Le bénéfice de ces dispositions ne peut se cumuler pour une même aide à domicile avec le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant versé au titre de la garde à domicile.</p>		
<p>Art. L. 434-2. – Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.</p>		
<p>Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.</p>	<p>« La victime titulaire d'une rente dont l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum a droit à une prestation complémentaire pour recours à tierce personne lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie. Le barème de cette prestation est fixé en fonction des besoins d'assistance par une tierce personne de la victime, évalués selon des modalités précisées par décret. Elle est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 341-6. »</p>	
<p>En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction</p>		

Dispositions en vigueur

tion ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1. Le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente.

Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L. 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales.

Art. L. 413-4. — La victime d'un accident du travail survenu ou d'une maladie professionnelle constatée au cours de la période du 1^{er} juillet 1945 au 31 décembre 1946, qui, en raison des conséquences de l'accident ou de la maladie et par suite d'une aggravation survenue postérieurement à l'expiration du délai prévu à l'article 19 de la loi du 9 avril 1898, est atteinte d'une incapacité permanente totale de travail l'obligeant à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, reçoit :

1°) s'il y a lieu, une allocation portant le montant annuel de sa rente à celui de la rente calculée sur la base du taux d'incapacité permanente totale ;

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

3° Le 2° de l'article L. 413-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>2°) une majoration calculée conformément aux dispositions de l'article L. 434-2.</p>	<p>« 2° la prestation complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2 ; »</p>	
<p>Il incombe au demandeur d'apporter la preuve :</p>		
<p>1°) de l'incapacité permanente totale si elle n'avait pas été constatée antérieurement en application de la loi du 9 avril 1898 ;</p>		
<p>2°) du lien de cause à effet entre les conséquences de l'accident ou de la maladie et l'état de la victime ;</p>		
<p>3°) du caractère obligatoire de l'assistance d'une tierce personne.</p>		
<p>Art. L. 413-7. – Les allocations et majorations accordées par application des articles L. 413-2, L. 413-4 et L. 413-5 seront affectées des coefficients de revalorisation prévus à l'article L. 434-17.</p>	<p>4° À l'article L. 413-7, le mot : « majorations » est remplacé par les mots : « prestations » ;</p>	
<p>Art. L. 443-1. – Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa du présent article, toute modification dans l'état de la victime, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure, peut donner lieu à une nouvelle fixation des réparations.</p>		
<p>Cette nouvelle fixation peut avoir lieu à tout moment pendant un délai déterminé qui suit la date de guérison ou de consolidation de la blessure. Après l'expiration de ce délai, une nouvelle fixation des réparations allouées ne peut être faite qu'à des intervalles dont la durée ne peut être inférieure à un délai fixé dans les mêmes conditions. Ces délais subsistent même si un traitement médical est ordonné. Les intervalles peuvent être diminués de commun accord.</p>		
<p>En cas de décès de la victime par suite des conséquences de l'accident, une nouvelle fixation des réparations allouées peut être demandée par les ayants droit de la victime, tels qu'ils sont désignés aux articles L. 434-7 et suivants.</p>		

Dispositions en vigueur

Dans le cas où la victime avait été admise au bénéfice des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 434-2 et, à la date de son décès, avait été titulaire, pendant au moins une durée fixée par décret, de la majoration pour assistance d'une tierce personne, le décès est présumé résulter des conséquences de l'accident pour l'appréciation de la demande de l'ayant droit qui justifie avoir apporté effectivement cette assistance à la victime pendant la même durée. A défaut pour la caisse, d'apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie à l'égard de l'ensemble des ayants droit.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article en ce qui concerne, notamment, le contrôle médical auquel la victime est tenue de se soumettre et les déchéances qui peuvent lui être appliquées en cas de refus.

Art. L. 821-1. – Toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation prévue à l'article L. 541-1 et dont l'incapacité permanente est au moins égale à un pourcentage fixé par décret perçoit, dans les conditions prévues au présent titre, une allocation aux adultes handicapés.

Les personnes de nationalité étrangère, hors les ressortissants des États membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour ou si elles sont titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour. Un décret fixe la liste des titres ou documents attestant la régularité de leur situation.

L'allocation mentionnée au premier alinéa bénéficie aux ressortissants des États membres de la Communauté européenne et des autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen qui en font la demande et qui rési-

Texte du projet de loi

5° À l'avant dernier alinéa de l'article L. 443-1, les mots : « majoration pour tierce personne » sont remplacés par les mots : « prestation complémentaire pour recours à tierce personne » ;

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

dent en France depuis plus de trois mois, dans les conditions prévues aux articles L. 121-1 et L. 121-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Cette condition de séjour de trois mois n'est toutefois pas opposable :

aux personnes qui exercent une activité professionnelle déclarée conformément à la législation en vigueur ;

aux personnes qui ont exercé une telle activité en France et soit sont en incapacité permanente de travailler pour raisons médicales, soit suivent une formation professionnelle au sens des articles L. 900-2 et L. 900-3 du code du travail, soit sont inscrites sur la liste visée à l'article L. 311-5 du même code ;

aux ascendants, descendants et conjoints des personnes mentionnées aux deux alinéas précédents.

Les ressortissants des États membres de la Communauté européenne et des autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés.

Le droit à l'allocation aux adultes handicapés est ouvert lorsque la personne ne peut prétendre, au titre d'un régime de sécurité sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation particulière, à un avantage de vieillesse ou d'invalidité, à l'exclusion de la majoration pour aide constante d'une tierce personne visée à l'article L. 355-1, ou à une rente d'accident du travail, à l'exclusion de la majoration pour aide d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2, d'un montant au moins égal à cette allocation.

Lorsque cet avantage est d'un montant inférieur à celui de l'allocation aux adultes handicapés, celle-ci s'ajoute à la prestation sans que le total des deux avantages puisse excéder le montant de l'allocation aux adultes handicapés.

Texte du projet de loi

6° Au huitième alinéa de l'article L. 821-1, les mots : « majoration pour aide d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2 » sont remplacés par les mots : « prestation complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2 ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Pour la liquidation des avantages de vieillesse, les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés sont réputés inaptes au travail à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse.

Lorsqu'une personne bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés fait valoir son droit à un avantage de vieillesse ou d'invalidité, l'allocation aux adultes handicapés continue de lui être servie jusqu'à ce qu'elle perçoive effectivement l'avantage auquel elle a droit. Pour la récupération des sommes trop perçues à ce titre, les organismes visés à l'article L. 821-7 sont subrogés dans les droits des bénéficiaires vis-à-vis des organismes payeurs des avantages de vieillesse ou d'invalidité.

Lorsque l'allocation aux adultes handicapés est versée en complément de la rémunération garantie visée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles, le cumul de cet avantage avec la rémunération garantie mentionnée ci-dessus est limité à des montants fixés par décret qui varient notamment selon que le bénéficiaire est marié ou vit maritalement ou est lié par un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à charge. Ces montants varient en fonction du salaire minimum de croissance prévu à l'article L. 141-4 du code du travail.

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 232-23. – L'allocation personnalisée d'autonomie n'est cumulable ni avec l'allocation représentative de services ménagers, ni avec l'aide en nature accordée sous forme de services ménagers, mentionnées, respectivement, aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 231-1, ni avec la prestation de compensation instituée par l'article L. 245-1, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne prévue à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale.

Texte du projet de loi

II. – À l'article L. 232-23 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne prévue à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale », sont ajoutés les mots : « ni avec la prestation complémentaire pour recours à tierce personne prévue à l'article L. 434-2 de ce même code ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 752-6. – Une rente est attribuée à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle :

au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à un taux fixé par décret ;

aux autres personnes mentionnées au I de l'article L. 752-1 en cas d'incapacité permanente totale ;

aux assurés mentionnés au II de l'article L. 752-1 lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à un taux fixé par décret.

Le taux d'incapacité permanente est déterminé par l'organisme assureur d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelles, compte tenu du barème indicatif d'invalidité mentionné à l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale et sur avis conforme d'une commission des rentes des non-salariés agricoles. Le taux proposé par la commission des rentes des non-salariés agricoles ne peut être inférieur à celui proposé par le service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole.

La rente due à la victime atteinte d'une incapacité permanente partielle ou totale est égale au gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752-5 du présent code ou, en ce qui concerne les assurés mentionnés au II de l'article L. 752-1, à un pourcentage de ce gain fixé par arrêté, multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci. La rente est revalorisée selon les coefficients prévus à l'article L. 434-17 du code de la sécurité sociale.

Dispositions en vigueur

Dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, le montant de la rente est majoré. La majoration ne peut être inférieure au montant minimum prévu au troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au sixième alinéa du présent article pour le calcul de la rente afférente au dernier accident.

Les rentes servies en vertu de l'assurance prévue au présent chapitre sont viagères, incessibles et insaisissables.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 452-2. – Dans le cas mentionné à l'article précédent, la victime ou ses ayants droit reçoivent une majoration des indemnités qui leur sont dues en vertu du présent livre.

Texte du projet de loi

III. – Au septième alinéa de l'article L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « le montant de la rente est majoré. La majoration ne peut être inférieure au montant minimum prévu au » sont remplacés par les mots : « cette victime a droit à la prestation complémentaire pour recours à tierce personne prévue au ».

IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} mars 2013.

Les bénéficiaires de la majoration pour tierce personne prévue au troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur du présent article en conservent le bénéfice tant qu'ils en remplissent les conditions d'attribution. Ils peuvent à tout moment opter, dans des conditions prévues par décret, pour le bénéfice de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne. Ce choix est définitif.

Article 66

I. – Le code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :

1° L'article L. 452-2 est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Article 66

Sans modification

Dispositions en vigueur

Lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut dépasser le montant de ladite indemnité.

Lorsqu'une rente a été attribuée à la victime, le montant de la majoration est fixé de telle sorte que la rente majorée allouée à la victime ne puisse excéder, soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, soit le montant de ce salaire dans le cas d'incapacité totale.

En cas d'accident suivi de mort, le montant de la majoration est fixé sans que le total des rentes et des majorations servies à l'ensemble des ayants droit puisse dépasser le montant du salaire annuel ; lorsque la rente d'un ayant droit cesse d'être due, le montant de la majoration correspondant à la ou aux dernières rentes servies est ajusté de façon à maintenir le montant global des rentes majorées tel qu'il avait été fixé initialement ; dans le cas où le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant recouvre son droit à la rente en application du troisième alinéa de l'article L. 434-9, la majoration dont il bénéficiait est rétablie à son profit.

Le salaire annuel et la majoration visée au troisième et au quatrième alinéa du présent article sont soumis à la revalorisation prévue pour les rentes par l'article L. 434-17.

La majoration est payée par la caisse, qui en récupère le montant par l'imposition d'une cotisation complémentaire dont le taux et la durée sont fixés par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sur la proposition de la caisse primaire, en accord avec l'employeur, sauf recours devant la juridiction de la sécurité sociale compétente.

La cotisation complémentaire ainsi prévue ne peut être perçue au-delà d'une certaine durée et son taux excéder ni une fraction de la cotisation normale de l'employeur, ni une fraction des salaires servant de base à cette cotisation.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

a) Au sixième alinéa, les mots : « le montant par l'imposition d'une cotisation complémentaire dont le taux et la durée sont fixés par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sur la proposition de la caisse primaire, en accord avec l'employeur, sauf recours devant la juridiction de la sécurité sociale compétente. » sont remplacés par les mots : « le capital représentatif auprès de l'employeur dans des conditions déterminées par décret. » ;

b) Les deux derniers alinéas sont supprimés.

Dispositions en vigueur

Dans le cas de cession ou de cessation de l'entreprise, le capital correspondant aux arrérages à échoir est immédiatement exigible.

Art. L. 452-4. – À défaut d'accord amiable entre la caisse et la victime ou ses ayants droit d'une part, et l'employeur d'autre part, sur l'existence de la faute inexcusable reprochée à ce dernier, ainsi que sur le montant de la majoration et des indemnités mentionnées à l'article L. 452-3, il appartient à la juridiction de la sécurité sociale compétente, saisie par la victime ou ses ayants droit ou par la caisse primaire d'assurance maladie, d'en décider. La victime ou ses ayants droit doivent appeler la caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement.

L'auteur de la faute inexcusable est responsable sur son patrimoine personnel des conséquences de celle-ci.

L'employeur peut s'assurer contre les conséquences financières de sa propre faute inexcusable ou de la faute de ceux qu'il s'est substitués dans la direction de l'entreprise ou de l'établissement.

Des actions de prévention appropriées sont organisées dans des conditions fixées par décret, après consultation des organisations représentatives des employeurs et des salariés.

Lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable d'un employeur garanti par une assurance à ce titre, la

Texte du projet de loi

2° Après l'article L. 452-3, il est inséré un article L. 452-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 452-3-1. – Quelles que soient les conditions d'information de l'employeur par la caisse au cours de la procédure d'admission de l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie, la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur par une décision de justice passée en force de chose jugée emporte l'obligation pour celui-ci de s'acquitter des sommes dont il est redevable à raison des dispositions des articles L. 452-1 à L. 452-3. »

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut imposer à l'employeur la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article L. 242-7. Le produit en est affecté au fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.</p>	<p>3° Au dernier alinéa de l'article L. 452-4, les mots : « des cotisations complémentaires prévues à l'article L. 452-2 et, au cas de cession ou de cessation de l'entreprise, le paiement du capital mentionné au même article sont garantis » sont remplacés par les mots : « du capital prévu à l'article L. 452-2 ».</p>	
<p>Le paiement des cotisations complémentaires prévues à l'article L. 452-2 et, au cas de cession ou de cessation de l'entreprise, le paiement du capital mentionné au même article sont garantis par privilège dans les conditions et au rang fixés par les articles L. 243-4 et L. 243-5.</p>	<p>II. – Les dispositions du 1° et 3° du I sont applicables au titre des majorations de rente et d'indemnités en capital ayant pris effet à compter du 1^{er} avril 2013. Les dispositions du 2° sont applicables aux actions en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur introduites devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2013.</p>	
<p>Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999</p>	<p style="text-align: center;">Article 67</p> <p>I. – L'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est ainsi modifié :</p>	<p style="text-align: center;">Article 67</p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. 41. – I. –</p>	<p>1° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>II. – Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des douze derniers mois d'activité salariée du bénéficiaire pour lesquels ne sont pas prises en compte dans des conditions prévues par décret, certaines périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite. Il est revalorisé comme les avantages alloués en application du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail.</p>		
<p>L'allocation est attribuée et servie par les caisses régionales</p>		

Dispositions en vigueur

d'assurance maladie. Pour les personnes reconnues atteintes, au titre du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés agricoles, d'une maladie professionnelle, l'allocation est attribuée et servie par les caisses de mutualité sociale agricole.

L'allocation cesse d'être versée lorsque le bénéficiaire remplit les conditions de durée d'assurance requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse au taux plein, à condition qu'il soit âgé d'au moins soixante ans. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, elle est alors remplacée par la ou les pensions de vieillesse auxquelles l'intéressé peut prétendre. Pour l'appréciation du taux plein, les conditions de durée d'assurance sont réputées remplies au plus tard à l'âge de soixante-cinq ans.

III. – Il est créé un Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, chargé de financer l'allocation visée au I. 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. Ses ressources sont constituées d'une fraction égale à 0,31 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, d'une contribution de la branche accidents du tra-

Texte du projet de loi

« Les dispositions de la deuxième et de la troisième phrase de l'alinéa précédent sont applicables aux bénéficiaires et anciens bénéficiaires d'une allocation ayant un objet analogue à celle prévue par le présent article et servie à raison de l'exercice d'une activité professionnelle emportant affiliation à un régime mentionné à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux bénéficiaires de pensions de vieillesse servies par l'un de ces régimes. » ;

2° Au premier alinéa du III, les mots : « au dernier alinéa du II » sont remplacés par les mots : « au troisième alinéa du II ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

vail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles dont le montant est fixé chaque année par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture.

Un conseil de surveillance, composé de représentants de l'État, de représentants de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale, des représentants du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole mentionné à l'article L. 723-32 du code rural et de personnalités qualifiées, veille au respect des dispositions du présent article. Il examine les comptes du fonds et transmet au Parlement et au Gouvernement, avant le 15 juillet, un rapport annuel retraçant l'activité du fonds et formulant toutes observations relatives à son fonctionnement.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 341-14-1. – Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-1-4, L. 634-3-2 ou L. 634-3-3 du présent code, ou des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2 ou L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime.

En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13° de l'article L. 322-3

Texte du projet de loi

II. – Au premier alinéa de l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2, L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime » sont remplacés par les mots : « des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2, L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime ou des troisième et quatrième alinéas du II de l'article 41 de la loi n° 98-1194 de financement de la sécurité sociale pour 1999 ».

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur —	Texte du projet de loi —	Propositions de la Commission —
et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code.	<p style="text-align: center;">Article 68</p> <p>Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2013, à 790 millions d'euros.</p>	<p style="text-align: center;">Article 68</p> <p>Sans modification</p>
	<p style="text-align: center;">Article 69</p> <p>I. – Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 115 millions d'euros pour l'année 2013.</p> <p>II. – Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 890 millions d'euros pour l'année 2013.</p>	<p style="text-align: center;">Article 69</p> <p>Sans modification</p>
		<p style="text-align: center;">Article additionnel après l'article 69</p> <p><i>Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} mai 2013, un rapport sur les modalités de création d'une nouvelle voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.</i></p> <p><i>Ce rapport présente la faisabilité d'une admission sur présomption d'exposition significative à partir d'un faisceau d'indices tels le secteur d'activité, la durée d'exposition, la période d'activité ou les conditions d'exercice.</i></p> <p style="text-align: right;">Amendement AS 192</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 70

Pour l'année 2013, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 11,9 milliards d'euros.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 71

Les organismes débiteurs des prestations familiales qui figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre en charge de la famille expérimentent, par dérogation aux dispositions des articles L. 531-1 et L. 531-5 du code de la sécurité sociale, le versement à l'assistant maternel agréé de la prise en charge prévue au b de l'article L. 531-5, dans les conditions et selon les modalités fixées au présent article.

1° Peuvent prendre part à l'expérimentation, sous réserve de leur accord :

a) La personne en emploi ou engagée dans un parcours d'insertion sociale ou professionnelle et dont les ressources, telles que définies à l'article L. 262-3 du code de l'action sociale et des familles, sont inférieures au revenu garanti prévu à l'article L. 262-2 du même code ;

b) L'assistant maternel au sens de l'article L. 421-1 du même code dont le nombre de mineurs accueillis simultanément est inférieur à celui qu'il est autorisé à accueillir tel que fixé par l'agrément délivré dans les conditions prévues à l'article L. 421-3 du même code ;

Article 70

Sans modification

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 71

Sans modification

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Une convention signée entre l'organisme débiteur des prestations familiales et les personnes mentionnées aux a et b formalise l'accord des parties et rappelle leurs engagements respectifs, notamment ceux définis aux 2° et 3° du présent article.

Pour l'application des dispositions législatives et réglementaires fiscales et sociales, la prise en charge mentionnée au premier alinéa, versée directement à l'assistant maternel, est considérée comme une rémunération versée par les parents à l'assistant maternel. Les dispositions du a du I de l'article L. 531-5 et de l'article L. 531-8 du code de la sécurité sociale leur sont applicables. Les parents employeurs déduisent le montant de la prise en charge de la rémunération qu'ils versent à l'assistant maternel.

2° La personne prenant part à l'expérimentation est l'employeur de l'assistant maternel. Elle s'engage à suivre les actions d'accompagnement proposées par l'organisme débiteur des prestations familiales, les collectivités ou les organismes mentionnés au 5° ;

3° L'assistant maternel prenant part à l'expérimentation s'engage à :

a) Accueillir le ou les mineurs à des horaires spécifiques au sens de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale ou en urgence ou sur des périodes de très courte durée, si les conditions d'accueil le nécessitent ;

b) Suivre les actions d'accompagnement proposées par l'organisme débiteur des prestations familiales, les collectivités ou les organismes mentionnés au 5° ;

4° La participation à l'expérimentation des personnes mentionnées au 1° prend fin en cas de cessation de recours à l'assistant maternel, de notification du souhait de ne plus prendre part à l'expérimentation ou de non respect des engagements prévus au cinquième alinéa. Lorsque les ressources de la personne seule ou du couple dépassent, au cours de l'expérimentation, le revenu garanti men-

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

tionné au a du 1^o, il n'est pas mis fin au versement du complément de libre choix du mode de garde dans les conditions prévues au présent article ;

5^o L'expérimentation est conduite par l'organisme débiteur des prestations familiales en partenariat avec les collectivités territoriales ou leurs groupements et les organismes locaux en charge de l'information et du conseil aux professionnels de la petite enfance, pour une durée de deux ans à compter de la publication de l'arrêté mentionné au premier alinéa et au plus tard jusqu'au 1^{er} juillet 2015.

Le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation avant la fin de l'expérimentation, assorti des observations des organismes débiteurs des prestations familiales, des collectivités et organismes ayant participé à l'expérimentation.

Code de la sécurité sociale

Article additionnel après l'article 71

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

1^o La section 2 du chapitre II du titre IV du livre V est complétée par un article L. 542-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 542-7-1. – La décision déclarant la recevabilité de la demande mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 331-3-1 du code de la consommation emporte rétablissement des droits à l'allocation de logement. Sauf refus exprès du bailleur ou du prêteur, le déblocage des allocations s'effectue au profit de ces derniers. » ;

2^o Après l'article L. 831-4-1, il est rétabli un article L. 831-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 831-5. – La décision déclarant la recevabilité de la demande mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 331-3-1 du code de la consommation emporte rétablissement des droits à l'allocation de logement. Sauf refus exprès du bailleur ou du prêteur, le déblocage des allocations s'effectue au profit de ces derniers. ».

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code du travail

Art. 1225-35. – Après la naissance de son enfant et dans un délai déterminé par décret, le père salarié bénéficie d'un congé de paternité de onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples.

Le congé de paternité entraîne la suspension du contrat de travail.

Le salarié qui souhaite bénéficier du congé de paternité avertit son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il envisage de le prendre, en précisant la date à laquelle il entend y mettre fin.

Art. 1225-36. – À l'issue du congé de paternité, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

Code de l'action sociale et des familles

II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2013 et s'appliquent à compter de cette date, à la demande du débiteur, aux demandes prévues au I de l'article L. 331-3 du code de la consommation déclarées recevables et en cours d'instruction.

Amendement AS 198

Article additionnel après l'article 71

Le code du travail est ainsi modifié :

I. – L'article L. 1225-35 est ainsi modifié :

1^o Au premier alinéa, les mots : « salarié bénéficiaire d'un congé de paternité » sont remplacés par les mots : « , le conjoint, la personne vivant maritalement avec la mère de l'enfant ou ayant conclu avec elle un pacte civil de solidarité bénéficiaire d'un congé d'accueil de l'enfant » ;

2^o Au deuxième alinéa les mots : « de paternité » sont supprimés ;

3^o Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

Le ou la salarié(e) qui souhaite bénéficier du congé d'accueil de l'enfant avertit son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il ou elle envisage de le prendre, en précisant la date à laquelle il ou elle entend y mettre fin.

II. – À l'article L. 1225-36, les mots « de paternité » sont remplacés par les mots : « d'accueil de l'enfant ».

Amendement AS 195

Article additionnel après l'article 71

I. – Après l'article L. 226-11 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 226-11-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 226-11-1. – I. – Il est créé un Fonds national de financement de la protection de l'enfance au sein de la Caisse

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

Art. 27. – I. – Il est créé un Fonds national de financement de la protection de l'enfance au sein de la Caisse nationale des allocations familiales. Son objet est de compenser les charges résultant pour les départements de la mise en oeuvre de la présente loi selon des critères nationaux et des modalités fixés par décret et de favoriser des actions entrant dans le cadre de la réforme de la protection de l'enfance et définies par voie conventionnelle entre le fonds et ses bénéficiaires.

nationale des allocations familiales. Son objet est de compenser les charges résultant pour les départements de la mise en oeuvre des articles L. 112-3, L. 221-1, L. 221-3, L. 226-3-1 et L. 226-6 selon des critères nationaux et des modalités fixés par décret et de favoriser des actions entrant dans le cadre de la réforme de la protection de l'enfance et définies par voie conventionnelle entre le fonds et ses bénéficiaires.

« II. – Les ressources du fonds sont constituées par :

« - un versement de la Caisse nationale des allocations familiales, dont le montant est arrêté chaque année en loi de financement de la sécurité sociale ;

« - un versement annuel de l'État, dont le montant est arrêté chaque année en loi de finances.

« III. – Le fonds est administré par un comité de gestion associant des représentants de la Caisse nationale des allocations familiales, des représentants des départements et de l'État, selon des modalités fixées par décret. Par une délibération annuelle, il se prononce sur l'opportunité de moduler les critères de répartition du fonds définis au I. » ;

II. – L'article 27 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance est abrogé.

Amendement AS 197

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>II. – Les ressources du fonds sont constituées par :</p> <ul style="list-style-type: none">- un versement de la Caisse nationale des allocations familiales, dont le montant est arrêté en loi de financement de la sécurité sociale ;- un versement annuel de l'État, dont le montant est arrêté en loi de finances. <p>III. – Le fonds est administré par un comité de gestion associant des représentants de la Caisse nationale des allocations familiales, des représentants des départements et de l'État, selon des modalités fixées par décret. Par une délibération annuelle, il se prononce sur l'opportunité de moduler les critères de répartition du fonds définis au I.</p> <p>IV. – Par exception au II, le versement de la Caisse nationale des allocations familiales pour l'année 2007 est fixé à 30 millions d'euros.</p>	<p style="text-align: center;">Article 72</p> <p>Pour l'année 2013, les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés :</p> <p>1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 58,6 milliards d'euros ;</p> <p>2° Pour le régime général de la sécurité sociale à 58,1 milliards d'euros.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Article additionnel après l'article 71</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Le Gouvernement évalue les conditions de transformation du congé de paternité en congé d'accueil de l'enfant. Ses conclusions font l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 30 juin 2013</i></p> <p style="text-align: center;">Amendement AS 196</p> <p style="text-align: center;">Article 72</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Section 5
Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Section 5
Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 73

Article 73

Pour l'année 2013, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour le régime social des indépendants.

Sans modification

Article 74

Article 74

Pour l'année 2013, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

Sans modification

Cf. tableau en annexe 1

Section 6
Dispositions relatives à la gestion interne des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude

Section 6
Dispositions relatives à la gestion interne des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 75

Article 75

I. – L'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « de l'article L. 324-10 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 » et les mots : « à l'article L. 141-11 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 3232-3 » ;

Art. L. 242-1-2. – Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation à l'article L. 242-1, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens de l'article L. 324-10 du code du travail sont, à défaut de preuve contraire, évaluées forfaitairement à six fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 141-11 du même code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises à l'article L. 242-1-1 du présent code et sont réputées avoir été versées au cours du mois où le délit de travail dissimulé est constaté.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code procèdent au recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues au titre des rémunérations évaluées conformément à l'alinéa précèdent.</p>	<p>2° Le deuxième alinéa est supprimé.</p>	<p>3° <i>Au dernier alinéa, les mots : « ainsi que la procédure décrite au deuxième alinéa, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, » sont supprimés.</i></p>
<p>Les modalités de prise en compte de la rémunération forfaitaire prévue au premier alinéa en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources au titre des prestations servies par les organismes de sécurité sociale ainsi que la procédure décrite au deuxième alinéa, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont précisées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>II. – Après l'article L. 243-7-4 du même code, il est inséré trois articles L. 243-7-5, L. 243-7-6 et L. 243-7-7 ainsi rédigés :</p>	<p>Amendement AS 236</p>
	<p>« Art. L. 243-7-5. – Les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 peuvent procéder au redressement des cotisations et contributions dues sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis par les agents mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail. Ces organismes, ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 611-8, mettent en recouvrement ces cotisations et contributions.</p>	
	<p>« Art. L. 243-7-6. – Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 est majoré de 10 % en cas de constat d'absence de mise en conformité. Un tel constat est dressé lorsque l'employeur n'a pas pris en compte les observations notifiées lors d'un précédent contrôle, que ces observations aient donné lieu à redressement ou non.</p>	
	<p>« Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code rural et de la pêche maritime</p> <p>Art. L. 725-3-2. – L'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale est applicable aux cotisations et contributions sociales ainsi qu'aux majorations et pénalités dues par les employeurs de salariés agricoles à la suite du constat de l'infraction de travail dissimulé.</p>	<p>contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'État.</p> <p>« Art. L. 243-7-7. – Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 ou dans le cadre des dispositions de l'article L. 243-7-5 est majoré de 25 % en cas de constat de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »</p> <p>III. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 725-3-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« L'article L. 243-7-5 du code de la sécurité sociale est applicable aux régimes de protection sociale agricole sous réserve de remplacer la référence aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale par la référence à l'article L. 723-3 du présent code. » ;</p> <p>2° Après l'article L. 725-22, il est ajouté un article L. 725-22-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 725-22-1. – Les articles L. 243-7-6 et L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale sont applicables aux régimes de protection sociale agricole, sous réserve de remplacer la référence à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale par la référence à l'article L. 724-7 du présent code.</p>	<p>« L'article ...</p> <p>... L. 611-8 et L. 752-4 du code ...</p> <p>... code. »</p> <p>Amendement AS 237</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 741-10. – Entrent dans l'assiette pour le calcul des cotisations dues au titre des assurances sociales agricoles les rémunérations au sens des dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, sous les seules réserves mentionnées dans la présente section.</p>	<p>« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;</p>	
<p>Pour les jeunes agriculteurs effectuant un stage d'application dans le cadre de la politique d'installation prévue à l'article L. 330-1 et auquel est subordonné le bénéfice des aides de l'État à l'installation en agriculture, l'assiette des cotisations est constituée par les sommes versées au stagiaire par l'exploitant maître de stage, déduction faite des frais de transport, de nourriture et de logement réellement engagés par le stagiaire ou imputés par l'exploitant sur la rémunération du stagiaire.</p>		
<p>Pour l'application de l'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale aux rémunérations versées ou dues à des salariés agricoles, la référence aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence à l'article L. 723-3 du présent code.</p>	<p>3° Le troisième alinéa de l'article L. 741-10 est supprimé.</p>	
<p>Pour l'application de l'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale au régime de protection sociale des salariés agricoles, la référence aux a, b et f du 2° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence aux 1°, 8° et 9° de l'article L. 751-1 du présent code.</p>		
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Article 76</p>	<p>Article 76</p>
	<p>L'article L. 133-4-5 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 133-4-5. – L'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail entraîne</p>	<p>« Art. L. 133-4-5. – Lorsqu'il est constaté que le donneur d'ordre n'a pas rempli l'une des obligations définies à</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>l'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales applicables au titre des rémunérations versées aux salariés employés par le donneur d'ordre pour chacun des mois au cours duquel il est constaté par procès-verbal de travail dissimulé qu'il a participé au délit de travail dissimulé en qualité de complice de son sous-traitant, et ce dès l'établissement du procès-verbal.</p>	<p>l'article L. 8222-1 du code du travail et que son cocontractant a, au cours de la même période, exercé un travail dissimulé par dissimulation d'activité ou d'emploi salarié, l'organisme de recouvrement procède à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions dont le donneur d'ordre a bénéficié au titre des rémunérations versées à ses salariés. Le donneur d'ordre ou le maître d'ouvrage encourt la même sanction, dans les mêmes conditions, lorsqu'il est constaté qu'il a manqué à l'obligation mentionnée à l'article L. 8222-5 du code du travail.</p>	
<p>L'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales s'applique dans les conditions fixées par l'article L. 133-4-2 du présent code.</p>	<p>« L'annulation s'applique pour chacun des mois au cours desquels les conditions mentionnées au premier alinéa sont vérifiées. Elle est calculée selon les modalités prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 133-4-2, sans que son montant global puisse excéder 15 000 € pour une personne physique et 75 000 € pour une personne morale.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »</p>	

ANNEXE 1

TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI

Texte du projet de loi

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 1^{er}

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	171,8	180,3	-8,5
Vieillesse	194,6	202,4	-7,9
Famille	52,7	55,3	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	13,0	-0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	421,7	440,8	-19,1

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	148,0	156,6	-8,6
Vieillesse	100,5	106,5	-6,0
Famille	52,2	54,8	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,3	11,6	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	302,8	320,3	-17,4

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	14,0	17,5	-3,4

Propositions de la Commission

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 1^{er}

Sans modification

Article 5

Au titre de l'année 2012, sont rectifiées, conformément aux tableaux qui suivent :

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	179,4	184,9	-5,5
Vieillesse	202,9	210,0	-7,1
Famille	54,4	56,9	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,3	13,3	-0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	439,5	454,7	-15,2

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	155,0	160,5	-5,5
Vieillesse	105,2	110,4	-5,2
Famille	53,9	56,4	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,8	11,9	-0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	316,4	329,7	-13,3

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	14,6	18,6	-4,1

Article 5

Sans modification

Article 9

I. – Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	184,9
Vieillesse	210,0
Famille	56,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	454,7

II. – Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	160,5
Vieillesse	110,4
Famille	56,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	329,7

Article 10

Au titre de l'année 2012, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie rectifié de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	78,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,2
Total	170,8

Article 9

Sans modification

Article 10

Sans modification

Article 27

Pour l'année 2013, 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	185,0
Vieillesse	213,2
Famille	55,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	457,1

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	159,9
Vieillesse	111,3
Famille	55,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	329,0

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	16,7

Article 28

Pour l'année 2013, 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	185,0	190,1	-5,1
Vieillesse	213,2	218,6	-5,4
Famille	55,9	58,6	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,3	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	457,1	469,8	-12,7

Article 27

Sans modification

Article 28

Sans modification

Article 29

Pour l'année 2013, 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	159,9	165,0	-5,1
Vieillesse	111,3	115,3	-4,0
Famille	55,5	58,1	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2	11,9	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	329,0	340,4	-11,4

Article 30

Pour l'année 2013, 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	16,7	19,3	-2,6

Article 31

II. – Pour l'année 2013, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Impositions, taxes et autres contributions sociales	0
Total	0

III. – Pour l'année 2013, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Impositions, taxes et autres contributions sociales	0,2
Total	0,2

Article 29

Sans modification

Article 30

Sans modification

Article 31

Sans modification

Article 36

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

(en milliards d'euros)

	Montants limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	29 500
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 000
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	1 450
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État	30
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	950
Caisse nationale des industries électriques et gazières	400
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer	750
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	30

À titre dérogatoire la Caisse nationale des industries électriques et gazières est autorisée à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 600 millions d'euros du 1^{er} janvier au 31 mars 2013.

Article 59

Pour l'année 2013, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	80,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,7
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,7
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,3
Total	175,4

Article 36

Sans modification

Article 59

Sans modification

Article 74

Pour l'année 2013, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,3

Article 61

Sans modification

ANNEXE 2

RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI

Texte des rapports annexés au projet de loi

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE AU 31 DÉCEMBRE 2011 DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2011

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2011

(en millions d'euros)

ACTIF	2011	2010
IMMOBILISATIONS	6,8	6,6
Immobilisations non financières	4,0	3,9
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,9	1,9
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (Unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie, unions immobilières des organismes de sécurité sociale)	0,9	0,8
ACTIF FINANCIER	58,9	50,8
Valeurs mobilières et titres de placement	45,1	44,7
Autres régimes	6,9	9,2
CADES	5,3	1,5
FRR	32,9	33,9
Encours bancaire	13,7	5,9
Régime général	1,3	0,8
Autres régimes	1,2	0,7
FSV	0,3	0,0
CADES	8,4	1,2
FRR	2,3	3,2
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,1	0,2
CADES	0,1	0,2

Propositions de la Commission

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

ANNEXE A

RAPPORT PRÉSENTANT UN TABLEAU, ÉTABLI AU 31 DÉCEMBRE 2011, RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE DES RÉGIMES ...

... MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTION DES EXCÉDENTS OU LA COUVERTURE CONSTATÉS À L'OCCASION DE L'APPROBATION DES TABLEAUX D'ÉQUILIBRE RELATIFS À L'EXERCICE 2011

Amendements AS 205, AS206 et AS 207

Texte des rapports annexés au projet de loi

Propositions de la Commission

ACTIF CIRCULANT	65,4	60,0
Créances sur prestations	7,3	7,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	7,9	5,6
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	35,5	32,3
Créances sur l'État et autres entités publiques	8,9	9,6
Produits à recevoir de l'État	0,4	0,5
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régul.)	5,5	4,1
TOTAL DE L'ACTIF	131,0	117,4

(en millions d'euros)

PASSIF	2011	2010
CAPITAUX PROPRES	-100,6	-87,1
Dotations	32,9	32,8
Régime général	0,5	0,5
Autres régimes	3,8	3,7
CADES	0,2	0,2
FRR	28,3	28,3
Réserves	11,3	13,2
Régime général	2,6	2,6
Autres régimes	6,3	6,7
FRR	2,4	3,9
Report à nouveau	-134,6	-110,0
Régime général	4,9	-13,5
Autres régimes	-0,1	-1,3
FSV	0,0	-3,2
CADES	-139,4	-92,0
Résultat de l'exercice	-10,7	-23,9
Régime général	-17,4	-24,0
Autres régimes	-1,9	-1,6
FSV	-3,4	-4,1
CADES	11,7	5,1
FRR	0,3	0,6
Autres	0,6	0,7
FRR	0,6	0,7
PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	17,9	17,0
PASSIF FINANCIER	170,1	146,8
Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	162,6	118,8
Régime général	5,6	17,5
CADES	156,9	101,2
Dettes à l'égard d'établissements de crédits	3,7	24,7
Régime général (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	1,4	21,0
Autres régimes (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	1,3	3,7
CADES	1,0	0,0
Dépôts	0,2	0,8
Régime général	0,2	0,8
Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,1	0,1
FRR	0,1	0,1

Texte des rapports annexés au projet de loi

Autres	3,5	2,4
Régime général	0,0	0,3
Autres régimes	0,1	0,1
CADES	3,4	2,0
PASSIF CIRCULANT	43,7	40,8
Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	22,3	21,3
Dettes à l'égard des cotisants	1,2	1,4
Dettes et CAP à l'égard de l'État et autres entités publiques	9,7	8,6
Autres passifs (crédoeurs divers, comptes d'attente et de régularisation) dont soulte des industries électriques et gazières	10,5	9,5
TOTAL DU PASSIF	131,0	117,4

Propositions de la Commission

Nota : Les données figurant dans la colonne 2010 ont fait l'objet par rapport à ce qui figure en LFSS pour 2012 des retraitements méthodologiques décrits en annexe 9 à la loi.

Sur le champ de l'ensemble des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres, s'élevait à 100,6 Md€ au 31 décembre 2011, soit l'équivalent de 5 points de PIB. Ce passif net a augmenté de 13,4 Md€ par rapport à celui constaté au 31 décembre 2010 (87,1 Md€) en raison essentiellement des déficits des régimes et du FSV pour l'année 2011 (soit 22,7 Md€), minorés de l'amortissement de la dette portée par la CADES (11,7 Md€), dont une partie (2,1 Md€) correspond à la mobilisation des réserves du FRR.

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (58,8 Md€, dont environ 60 % par le FRR et 23 % par la CADES dans le cadre de sa stratégie d'endettement à fin 2011), du besoin en fonds de roulement (différence de 21,7 Md€ entre les actifs et passifs circulants) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 170,1 Md€ au 31 décembre 2011 (contre 146,8 Md€ au 31 décembre 2010).

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

II. – Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2011

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 17,4 Md€ en 2011. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 8,6 Md€, la branche vieillesse un déficit de 6,0 Md€, la branche famille un déficit de 2,6 Md€ et la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,2 Md€. Par ailleurs, le fonds de solidarité vieil-

Texte des rapports annexés au projet de loi

lesse (FSV) a enregistré un déficit de 3,4 Md€.

Dans le cadre fixé par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dès l'année 2011 des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général, et au cours de l'année 2012 des déficits 2011 de la branche vieillesse du régime général et du FSV. Conformément aux dispositions organiques, la Caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles hors branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires, des ministres des cultes et des marins), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État), équilibrés par ces derniers, et enfin du régime social des indépendants dont les déficits sont couverts par une affectation à due proportion du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés

Cependant, deux régimes ne bénéficiant par de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2011 des résultats déficitaires.

S'agissant, d'une part, de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 1,2 Md€ (contre 1,3 Md€ en 2010) et a fait l'objet d'un financement bancaire dans le respect du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 précitée. Il convient de rappeler que cette dernière avait par ailleurs transféré à la CADES les déficits cumulés de cette branche du régime des exploitants agricoles au titre des exercices 2009 et 2010.

S'agissant, d'autre part, de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), devenue déficitaire en 2010, le déficit s'est élevé à 0,4 Md€ (après 0,5 Md€ en 2010).

Propositions de la Commission

Texte des rapports annexés au projet de loi

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

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, et du Fonds de solidarité vieillesse à l'horizon 2017. À cet horizon, l'objectif du Gouvernement est le retour à l'équilibre financier de l'ensemble des comptes publics, et plus particulièrement de ceux des administrations de sécurité sociale hors Caisse d'amortissement de la dette sociale et Fonds de réserve des retraites. Les projections financières qui suivent sont donc la traduction concrète, en termes de leviers d'action sur les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les fonds concourant à leur financement qui sont gouvernés par les lois de financement de la sécurité sociale, de la stratégie mise en œuvre par le Gouvernement afin d'assurer la maintien d'un haut niveau de protection sociale et de redresser les finances publiques.

Dans un environnement économique contraint à court terme, mais porteur d'opportunités à moyen terme (I), cette stratégie repose tout à la fois sur un engagement résolu dans la recherche d'une plus grande efficacité de la dépense sociale (II) et sur la mobilisation des recettes nécessaires pour couvrir cette dépense (III). En outre, le partage entre efforts en dépenses et efforts en recettes, et le choix même des mesures de dépenses et de recettes à mettre en œuvre, doivent être déterminés en considération de l'exigence de justice dans la répartition de la contribution au rétablissement des comptes sociaux (IV).

I. – Un environnement contraint à court terme, mais porteur d'opportunités à moyen terme

Les hypothèses macro-économiques retenues dans la construction des projections jointes à la présente annexe retiennent pour 2012 une prévision de croissance de 2,5 % en valeur de la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources de la sécurité sociale. L'année 2013 serait légèrement moins favorable avec une progression de 2,3 % de la masse salariale privée. Cependant, sur les deux années cumulées, la croissance de la masse salariale serait un peu plus rapide que celle du produit intérieur brut en valeur.

Propositions de la Commission

ANNEXE B

Dans ...

... entre efforts en dépenses et en recettes ...

... sociaux (IV).

Amendement AS 73

Texte des rapports annexés au projet de loi

De 2014 à 2017, l'hypothèse retenue pour la progression de la masse salariale privée est de 4 % par an en valeur. Cette hypothèse est proche du rythme annuel moyen d'évolution de la masse salariale privée entre 1998 et 2007 (+ 4,1 %), alors que l'éventualité d'un rattrapage partiel des points de croissance perdus entre 2008 et 2012 par rapport à la tendance historique ne peut être écartée. Elle suppose néanmoins une croissance de la rémunération du travail salarié légèrement plus rapide que le PIB en valeur (4 % contre 3,75 %), prolongeant le constat observé depuis 2010 de la bonne tenue de l'emploi et des salaires.

Hypothèses retenues dans la projection quadriennale
(en pourcentage)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produit intérieur brut en volume	0,3%	0,8%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
Masse salariale privée	2,5%	2,3%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
Inflation	2,0%	1,75%	1,75%	1,75%	1,75%	1,75%
Objectif national de dépenses d'assurance maladie en valeur	2,6%	2,7%	2,6%	2,6%	2,6%	2,6%

En ce qui concerne les dépenses et les recettes sociales, les projections présentées ci-dessous ne comportent aucune mesure nouvelle autre que celles associées au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 et au projet de loi de finances pour 2013 - dont l'impact court sur l'ensemble de la période de projection – et que les actions, qui seront arrêtées sur une base annuelle et permettront de respecter des rythmes de progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de 2,6 % en 2014 et de 2,5% par an de 2015 à 2017.

Elles montrent qu'avec une progression des recettes plus forte à partir de 2014 et un effort important d'économies en dépenses résultant d'un taux d'évolution de l'ONDAM fixé à un niveau exigeant, les comptes des régimes de sécurité sociale se redresseront lentement, la réduction du déficit agrégé de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse étant de l'ordre d'1 Md€ par an en 2014 et 2015, et de 2 Md€ par an en 2016 et 2017.

Le déficit s'établirait à environ 10 Md€ en 2017, ce qui est compatible avec l'équilibre d'ensemble des administrations de sécurité sociale, compte tenu d'une part des perspectives financières de l'assurance chômage, des régimes de retraite complémentaire et des hôpitaux publics et d'autre part de la reprise de dette de la CNAVTS et du FSV telle qu'elle est déjà prévue en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Cela montre cependant la nécessité d'actions continues de maîtrise de la dépense sociale afin d'obtenir qu'elle réponde au meilleur coût aux besoins de couverture sociale des Français, et d'optimisation du financement de la sécurité sociale en sorte de couvrir toujours mieux les prestations sociales.

Propositions de la Commission

Texte des rapports annexés au projet de loi

Propositions de la Commission

II. – La recherche permanente d'une plus grande efficacité de la dépense

Le premier levier du redressement financier de la sécurité sociale est la modernisation de notre système de protection sociale, qui doit permettre de maîtriser la croissance des dépenses de la sécurité sociale tout en maintenant un haut niveau de protection sociale. La projection décrite dans la présente annexe retient l'hypothèse d'une progression annuelle moyenne entre 2012 et 2017 des charges nettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 3,2% en valeur, soit 1,4% en volume. Ce résultat sera obtenu au moyen d'un engagement résolu dans la recherche de l'efficacité de la fourniture de ces prestations et services, et tout particulièrement dans le domaine de l'assurance maladie.

Pour la branche maladie, c'est évidemment le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui sera le plus décisif pour respecter l'objectif de progression modérée des charges des régimes. La loi de programmation des finances publiques permet en son article 7 de fixer une trajectoire d'évolution de cet objectif et détermine :

– des objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour chacune des années de la programmation, évalués en euros courants à périmètre constant ;

– le principe de la mise en réserve de dotations représentant l'équivalent d'au moins 0,3 % des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM au début de chaque exercice, afin de garantir le respect de cet objectif.

Pour 2012, la Commission des comptes de la sécurité sociale prévoit un montant de la dépense d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM inférieur de 350 M€ à l'objectif voté en loi de financement, et ce malgré le rattachement à l'exercice 2012 des rémunérations sur objectifs des médecins, non prévu lors de la construction initiale de l'ONDAM 2012. La totalité de cette moindre dépense de 350M€ par rapport à l'objectif voté porte sur les soins ambulatoires. Partant, l'ONDAM est proposé pour 2013 à 175,4 Md€, en hausse de 2,7% par rapport à la prévision pour 2012, ce qui correspond à un montant d'économie d'environ 2,4 Md€ par rapport à l'évolution tendancielle.

Pour 2012, *le rapport à la Commission ...*

... tendancielle.

Après 2013 et afin de garantir le retour rapide à l'équilibre des comptes sociaux, conformément aux objectifs de la loi de programmation des finances publiques, le Gouvernement a décidé de fixer l'évolution de l'ONDAM à 2,6 % pour 2014 puis 2,5 % pour chacune des années 2015 à 2017.

Au total sur la période, cette programmation représente un effort estimé en moyenne à 2,7 Md€ chaque année

Amendement AS 225

Texte des rapports annexés au projet de loi

par rapport à la chronique tendancielle des dépenses.

Le respect de cette trajectoire nécessite la mise en œuvre d'actions volontaristes permettant d'améliorer la qualité des prises en charge tout en respectant la contrainte financière, dans le cadre d'une stratégie nationale de santé. Certaines de ces actions sont porteuses d'évolutions structurelles de l'offre de soins, qui produiront leurs pleins effets à moyen terme.

Au cœur de cet engagement figure l'amélioration des parcours de soins. Les soins de ville, l'hôpital, les établissements médico-sociaux et les acteurs sociaux ne peuvent plus fonctionner indépendamment les uns des autres. Cette stratégie nécessite d'une part de renforcer l'organisation des soins ambulatoires, d'autre part d'accompagner les évolutions du secteur hospitalier, afin de permettre son recentrage sur les cas les plus aigus et les plus complexes.

La structuration d'équipes de soins de proximité, pluriprofessionnelles, constitue la première étape de mise en œuvre de ces parcours. Des équipes pluriprofessionnelles sont en effet à même de développer les nouvelles organisations et les nouveaux services (prévention, dépistage, coordination des parcours, éducation thérapeutique...) répondant aux besoins des patients. Un effort important sera ainsi initié dès 2013 pour développer ces modes d'organisation.

Plus globalement, il convient de revoir la régulation du système pour décloisonner les parcours de santé entre les soins de ville, les soins hospitaliers et le secteur médico-social. De nouveaux modèles de financement seront mis en place à partir de 2013, dans certains territoires dans un premier temps, afin d'établir un nouveau modèle qui permettra de prodiguer au patient le geste de qualité, au bon endroit, au meilleur coût.

Ces développements s'accompagneront de la recherche de gains d'efficacité des offreurs de soins, en particulier pour les établissements de santé et ceux parmi les professionnels de santé qui bénéficient de gains de productivité liés aux évolutions technologiques.

Dans le secteur hospitalier, des actions de rationalisation de la politique d'achat ainsi que de soutien à l'amélioration de la performance des établissements seront en outre menées, en mobilisant les agences régionales de santé.

Enfin, des actions de baisse de prix des produits de santé, mais aussi de promotion des médicaments génériques seront conduites. Elles s'accompagneront d'actions visant à une meilleure justesse des prescriptions, en privilégiant les médicaments inscrits au répertoire, dans le cadre d'une promotion plus active des référentiels de bonne pratique et de bon usage.

Propositions de la Commission

La structuration ...

... ainsi *engagé*
dès 2013 pour développer ces modes d'organisation.

Amendement AS 226

Texte des rapports annexés au projet de loi

Pour la branche maladie de la sécurité sociale, l'objectif est de parvenir à réduire à 5,1 Md€ le déficit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en 2013, et d'approcher l'équilibre financier en 2017 (-1,3 Md€).

Le Parlement pourra prendre une part active au contrôle du respect de l'ONDAM et de cette trajectoire financière. Il pourra notamment s'appuyer sur les avis du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie qui intervient avant le 15 avril et le 31 mai de chaque exercice afin de rendre deux avis sur la réalisation de l'ONDAM de l'exercice écoulé et d'en analyser l'impact sur le respect de l'ONDAM de l'exercice en cours, ainsi qu'avant la transmission du PLFSS à l'Assemblée nationale afin de porter une appréciation sur la robustesse des hypothèses sous-jacentes à la construction de l'ONDAM de l'année suivante, avant transmission du PLFSS au Parlement.

S'agissant des retraites, la LFR de l'été 2012 et la présente loi apportent des ressources significatives pour assurer le retour à l'équilibre des régimes de retraite. La concertation se tiendra avec les partenaires sociaux au premier semestre 2013 afin de permettre à la lumière des nouvelles projections démographiques et financières qui seront rendues publiques par le Conseil d'orientation des retraites en fin d'année, de rendre notre système de retraite à la fois plus juste, plus lisible et plus pérenne financièrement. Un des enjeux sera également de conforter l'emploi des travailleurs âgés. Le contrat de génération, qui vise à favoriser le maintien des seniors dans l'emploi tout en favorisant la formation des salariés les plus jeunes à leur arrivée dans les entreprises, y contribuera.

Dans le domaine de la politique familiale, la grande conférence sociale qui s'est tenue les 9 et 10 juillet 2012 avec les partenaires sociaux a conclu à l'importance d'une meilleure adéquation des dispositifs aux besoins des familles. Dans cette perspective, les réflexions vont se poursuivre avec les acteurs de la politique familiale sur les adaptations à apporter aux différentes aides en faveur des familles, notamment dans le cadre du Haut conseil de la famille. La concertation permettra de dégager des voies d'amélioration en termes d'efficacité et d'équité, tout en préservant les résultats favorables réalisés par notre pays en matière de natalité et de participation des femmes à l'activité économique et protégeant les intérêts des familles les plus fragiles.

III. – Couvrir les dépenses de sécurité sociale par des recettes dynamiques

L'existence de ressources dédiées est un des points centraux du modèle de sécurité sociale français. Assurer un financement qui évolue aussi vite que la richesse nationale constitue un impératif compte tenu de la nature des dépenses de la protection sociale.

Propositions de la Commission

Le Parlement ...

... dépenses de l'assurance maladie ...

... suivante.

Amendements AS 227 et AS 228

Texte des rapports annexés au projet de loi

Cela n'implique pas d'adopter des règles figées. En effet la part des ressources de la sécurité sociale qui restent assises sur les salaires demeure élevée malgré la diversification du financement des régimes et les mesures qui ont visé à diminuer fortement les cotisations sur les bas salaires – deux mouvements qui sont très liés. Cette situation est aggravée en raison du niveau des cotisations et contributions autres que celles qui relèvent de la sécurité sociale de base. Si ce mode de financement est légitime, son importance n'est pas sans poser des questions. C'est notamment le cas s'agissant de ses effets potentiels sur l'emploi ou la compétitivité, même si, sur chacun de ces deux aspects, de nombreux autres facteurs jouent également. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a souhaité, à la suite de la grande conférence sociale de juillet, que l'ensemble des acteurs impliqués puissent travailler et faire des propositions sur ce thème au sein du Haut conseil du financement de la protection sociale, qui rassemble des représentants des partenaires sociaux, du Parlement, de l'État et des experts, que le Premier ministre a installé le 26 septembre. Le Gouvernement s'est donné pour objectif de conduire en 2013 sur la base de ces travaux une réforme du financement de la protection sociale qui devra s'inscrire dans le cadre de la trajectoire de redressement des comptes sociaux décrite ici.

En tout état de cause, la préservation de la dynamique des ressources de la sécurité sociale nécessite de veiller à ce que leur assiette soit la plus large possible et ne subisse pas d'érosion. Il s'agit notamment de tenir compte de manière rapide des différentes évolutions des pratiques de rémunération et des autres facteurs qui peuvent avoir des effets sur les prélèvements sociaux. L'examen général des « niches sociales » est de ce point de vue un impératif. C'est sur ce volet que le Gouvernement a mené une action prioritaire par le biais des mesures de la loi de finances rectificative du 16 août 2012 et par celles qui sont présentées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Elles sont complétées par des dispositions propres à la fiscalité comportementale dont la nécessité est attestée par le recul enregistré sur certaines questions de santé publique. L'objectif est de fournir à la sécurité sociale dès cette année, par des mesures qui sont justifiées du point de vue de l'équité ou des incitations qu'elles entretiennent, la majeure partie des ressources qui lui manquent pour s'inscrire dans une trajectoire de redressement. Le choix du Gouvernement est ainsi de concentrer cet effort particulier dès à présent en retenant les mesures dont le rendement est le plus important. Il s'agit en particulier :

– de la hausse du forfait social, intervenue en août, qui vise à assurer une plus grande neutralité entre les différentes formes de rémunérations salariales ;

– de la hausse des prélèvements sur les revenus du patrimoine et les produits de placement adoptée également dans la LFR pour 2012 et qui vise une plus grande neutralité d'assujettissement entre revenus du travail et revenus du capital ; cette mesure rejoint ce qui est proposé en matière d'impôts sur le

Propositions de la Commission

Texte des rapports annexés au projet de loi

revenu dans le projet de loi de finances pour 2013 ;

– des mesures présentées dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale s’agissant des prélèvements acquittés par les travailleurs indépendants.

L’exigence de pérennisation du financement de certains régimes spéciaux (CNRACL et CNAVPL) conduira en outre à des augmentations de cotisations, qui sont intégrées à la trajectoire des régimes obligatoires de base présentée dans la présente annexe.

IV. – Garantir la justice dans la répartition de l’effort de redressement des comptes de la sécurité sociale

Le Gouvernement est également soucieux de la justice dans la répartition des efforts que le redressement des comptes requiert. Il ne s’agit pas seulement d’une exigence morale, mais d’une nécessité pour l’efficacité même des réformes à mettre en œuvre. Ainsi que l’a affirmé le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale le 3 juillet 2012, « la justice n’est pas simplement une exigence morale, elle est un facteur de croissance et de progrès (...). Ce qui est juste est une motivation au travail ».

L’objectif de retour à l’équilibre des comptes sociaux n’est pas incompatible avec la préoccupation de justice. C’est dans cet esprit que le Gouvernement a souhaité, dès le début de l’été, prendre des mesures en direction des Français les plus modestes. Ainsi le décret du 2 juillet 2012 élargit-il les possibilités de départ en retraite pour les personnes ayant débuté jeunes leur parcours professionnel, et ce afin de corriger l’injustice de la précédente réforme des retraites qui avait décidé un relèvement uniforme de l’âge de la retraite. La majoration de 25% de l’allocation de rentrée scolaire, une prestation qui bénéficie à la moitié la plus modeste des familles, a concrétisé l’engagement des pouvoirs publics d’apporter à ces familles un supplément de pouvoir d’achat au moment où elles ont à faire face à des dépenses supplémentaires. Dans le domaine des politiques de santé, le développement d’une offre de soins de proximité, la lutte contre les dépassements d’honoraires, ou la revalorisation du rôle de l’hôpital public, participent de la même ambition de renforcer la protection des Français les plus fragiles au moment où des efforts importants sont demandés à tous.

La logique du redressement dans la justice transparaît également dans le choix des mesures portant sur les recettes. En dehors de mesures transversales de rééquilibrage entre les grandes catégories de revenus décrites ci-dessus, la loi de finances rectificative pour 2012 adoptée à l’été 2012 a marqué la volonté du Gouvernement de faire davantage contribuer au financement des politiques sanitaires et sociales certaines formes de hauts revenus : c’est le sens de l’alourdissement de la taxation des stock-options, des attributions gratuites d’actions, et des retraites chapeaux. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 poursuit dans cette

Propositions de la Commission

Texte des rapports annexés au projet de loi

Propositions de la Commission

voie, avec notamment une mesure d'assujettissement des *carried interests*. Il propose de corriger en outre un certain nombre de règles existantes qui viennent réduire les droits des assurés ; c'est le cas des élus locaux et de l'assiette forfaitaire des employés à domicile.

Recettes, dépenses et solde du régime général
(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								
Recettes	141,8	148,0	155,0	159,9	165,1	170,9	176,8	182,7
Dépenses	153,4	156,6	160,5	165,0	169,6	174,3	179,1	184,0
Solde	-11,6	-8,6	-5,5	-5,1	-4,5	-3,4	-2,2	-1,4
AT/MP								
Recettes	10,5	11,3	11,8	12,2	12,6	13,1	13,7	14,2
Dépenses	11,2	11,6	11,9	11,9	12,3	12,6	12,8	13,1
Solde	-0,7	-0,2	-0,1	0,3	0,4	0,6	0,8	1,1
Famille								
Recettes	50,2	52,2	53,9	55,5	57,2	59,0	60,9	62,8
Dépenses	52,9	54,8	56,4	58,1	59,6	61,1	62,6	64,1
Solde	-2,7	-2,6	-2,5	-2,6	-2,4	-2,1	-1,7	-1,2
Viéillesse								
Recettes	93,4	100,5	105,2	111,3	115,5	119,8	124,3	128,4
Dépenses	102,3	106,5	110,4	115,3	119,7	124,4	129,1	133,3
Solde	-8,9	-6,0	-5,2	-4,0	-4,2	-4,6	-4,8	-4,9
Toutes branches consolidées								
Recettes	287,5	302,8	316,4	329,0	340,4	352,6	365,3	377,5
Dépenses	311,5	320,3	329,7	340,4	351,1	362,1	373,2	383,9
Solde	-23,9	-17,4	-13,3	-11,4	-10,7	-9,5	-7,9	-6,4

Recettes, dépenses et solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base
(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								
Recettes	164,9	171,8	179,4	185,0	191,0	197,4	204,0	210,5
Dépenses	176,3	180,3	184,9	190,1	195,3	200,6	206,0	211,6
Solde	-11,4	-8,5	-5,5	-5,1	-4,3	-3,2	-2,0	-1,1
AT/MP								
Recettes	11,9	12,8	13,3	13,7	14,1	14,7	15,2	15,8
Dépenses	12,6	13,0	13,3	13,3	13,6	14,0	14,3	14,5
Solde	-0,7	-0,1	-0,1	0,4	0,5	0,7	0,9	1,2
Famille								
Recettes	50,8	52,7	54,4	55,9	57,6	59,4	61,4	63,3
Dépenses	53,5	55,3	56,9	58,6	60,1	61,6	63,1	64,6
Solde	-2,7	-2,6	-2,5	-2,6	-2,4	-2,1	-1,8	-1,3
Viéillesse								
Recettes	183,3	194,6	202,9	213,2	220,8	228,0	235,5	243,8
Dépenses	194,1	202,4	210,0	218,6	226,4	234,5	242,8	251,8
Solde	-10,8	-7,9	-7,1	-5,4	-5,6	-6,5	-7,2	-7,9
Toutes branches consolidées								
Recettes	401,7	421,7	439,5	457,1	472,7	488,4	504,7	521,8
Dépenses	427,2	440,8	454,7	469,8	484,6	499,6	514,8	530,9
Solde	-25,5	-19,1	-15,2	-12,7	-11,9	-11,1	-10,1	-9,1

Texte des rapports annexés au projet de loi

Propositions de la Commission

Recettes, dépenses et solde du Fonds de solidarité vieillesse
(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	9,8	14,0	14,6	16,7	16,8	17,3	18,0	18,6
Dépenses	13,8	17,5	18,6	19,3	19,5	19,4	19,3	19,2
Solde	-4,1	-3,4	-4,1	-2,6	-2,7	-2,1	-1,3	-0,6

ANNEXE C

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES

Sans modification

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

Exercice 2013 (prévisions en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régimes de base
Cotisations effectives	84,2	117,6	36,0	12,5	250,4
Cotisations prises en charge par l'État	1,4	1,4	0,6	0,0	3,4
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,1	0,1	0,3	39,2
CSG	64,7	0,0	9,9	0,0	74,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	28,7	18,5	8,4	0,1	55,7
Transferts	2,5	36,9	0,3	0,1	29,2
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	2,7	0,6	0,6	0,5	4,4
Recettes	185,0	213,2	55,9	13,7	457,1

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).

Texte des rapports annexés au projet de loi

Propositions de la Commission

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

Exercice 2013 (prévisions en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régimes de base
Cotisations effectives	75,2	70,5	35,7	11,6	193,1
Cotisations prises en charge par l'État	1,1	1,0	0,6	0,0	2,6
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CSG	56,4	0,0	9,9	0,0	66,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales	22,0	12,2	8,4	0,1	42,7
Transferts	2,6	27,4	0,3	0,0	20,5
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,6	0,2	0,5	0,4	3,7
Recettes	159,9	111,3	55,5	12,2	329,0

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 2013 (prévisions en milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	10,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,1
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Recettes	16,7

ANNEXE 3

DISPOSITIONS EN VIGUEUR COMPORTANT DES TABLEAUX

Code de la sécurité sociale

Art. L. 137-16. – Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 20 %.

Toutefois, ce taux est fixé à 8 % pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, ainsi que pour les sommes affectées à la réserve spéciale de participation conformément aux modalités définies à l'article L. 3323-3 du code du travail au sein des sociétés coopératives ouvrières de production soumises à la loi n° 78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives ouvrières de production.

Le produit de cette contribution est réparti conformément au tableau suivant :

	Pour les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %	Pour les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 8 %
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	5 points	5 points
Caisse nationale d'assurance vieillesse	6 points	
Fonds mentionné à l'article L. 135-1	9 points	3 points
Dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1	0,5 point	0,5 point

Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011

Art. 22. – VI. – Il est opéré chaque année jusqu'en 2019 au profit de la Caisse nationale des allocations familiales, pour les montants fixés par le présent VI, un prélèvement sur les contributions et prélèvements mentionnés dans le tableau suivant :

(En millions d'euros)

	Part supplémentaire de la contribution sociale prévue à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale affectée à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)	Part supplémentaire du prélèvement social prévu à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale affectée à la CNAF	Part supplémentaire de la contribution additionnelle au prélèvement mentionné à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, affectée à la CNAF	Part supplémentaire de la contribution additionnelle au prélèvement mentionné à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, prévue à l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles, affectée à la CNAF	Part supplémentaire de la contribution prévue à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale affectée à la CNAF
2011	1 084	291	40	145	66
2012	964	259	35	129	59
2013	843	226	31	113	51
2014	723	194	26	97	44
2015	602	162	22	81	37
2016	482	129	18	65	29
2017	361	97	13	48	22
2018	241	65	9	32	15
2019	120	32	4	16	7

AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION

Amendement AS 3 présenté par M. Arnaud Robinet

Après l'article 40

Insérer l'article suivant :

Au troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, les mots : « sous forme exclusivement manuscrite » sont supprimés.

Amendement AS 4 présenté par M. Arnaud Robinet

Après l'article 76

Insérer l'article suivant :

Au 3° du IV et à la première phrase du premier alinéa du V de l'article L. 162-1-14 et au sixième alinéa de l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « avis », est inséré le mot : « conforme ».

Amendement AS 5 présenté par M. Arnaud Robinet

Après l'article 76

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-34 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-34.* – Les tribunaux des affaires de sécurité sociale sont compétents pour traiter les litiges pouvant survenir à l'occasion de la décision d'une caisse primaire d'assurance maladie de placer un professionnel hors de l'une des conventions ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement, mentionnés aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. »

Amendement AS 6 présenté par M. Arnaud Robinet

Après l'article 76

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Amendement AS 7 présenté par M. Arnaud Robinet

Article 46

Supprimer cet article.

Amendement AS 8 présenté par M. Arnaud Robinet

Article 13

Après le mot : « celles », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 2 :

« versées par les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont soumises à une taxe égale à 4,25 % de leur montant, évalué selon les règles prévues à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale » ; »

Amendement AS 10 présenté par M. Arnaud Robinet

Article 49

Supprimer cet article.

Amendement AS 12 présenté par M. Arnaud Robinet

Article 46

I. – À l'alinéa 2, après le mot : « publique », insérer les mots : « à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, »

II. – En conséquence, à l'alinéa 5, après la référence : « L. 5311-1, », insérer les mots : « à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, ».

III. – En conséquence, procéder à la même insertion à l'alinéa 8.

Amendement AS 13 présenté par M. Arnaud Robinet

Après l'article 13

Insérer l'article suivant :

Après l'article 231 du code général des impôts, il est inséré un article 231 A ainsi rédigé :

« *Art. 231 A.* – 1 Les sommes payées à titre de rémunérations par les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont soumises à une taxe sur les salaires égale à 4,25 % de leur montant, évalué selon les règles prévues aux chapitres I^{er} et II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale qui paient ces rémunérations lorsqu'ils ne sont pas assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée ou ne l'ont pas été sur 90 % au moins de leur chiffre d'affaires au titre de l'année civile précédant celle du paiement desdites rémunérations. L'assiette de la taxe due par ces personnes ou organismes est constituée par une partie des rémunérations versées, déterminée en appliquant à l'ensemble de ces rémunérations le rapport existant, au titre de cette même année, entre le chiffre d'affaires qui n'a pas été passible de la taxe sur la valeur ajoutée et le chiffre d'affaires total. Le chiffre d'affaires qui n'a pas été assujetti à la taxe sur la valeur ajoutée en totalité ou sur 90 % au moins de son montant, ainsi que le chiffre d'affaires total mentionné au dénominateur du rapport s'entendent du total des recettes et autres produits, y compris ceux correspondant à des opérations qui n'entrent pas dans le champ d'application de la taxe sur la valeur ajoutée. Le chiffre d'affaires qui n'a

pas été passible de la taxe sur la valeur ajoutée mentionné au numérateur du rapport s'entend du total des recettes et autres produits qui n'ont pas ouvert droit à déduction de la taxe sur la valeur ajoutée.

« Les rémunérations versées par les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dont le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile précédant le versement de ces rémunérations n'excède pas les limites définies aux I, III et IV de l'article 293 B sont exonérées de la taxe sur les salaires.

« 2. Le taux de la taxe sur les salaires prévue au 1 est porté de 4,25 à 8,50 % pour la fraction comprise entre 7 604 € et 15 185 € et à 13,60 % pour la fraction excédant 15 185 euros de rémunérations individuelles annuelles. Ces limites sont relevées chaque année dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu de l'année précédente. Les montants obtenus sont arrondis, s'il y a lieu, à l'euro supérieur.

« Les taux majorés ne sont pas applicables aux rémunérations versées par les personnes physiques ou morales, associations et organismes domiciliés ou établis dans les départements d'outre-mer.

« 3.a. Les conditions et modalités d'application du 1. sont fixées par décret.

« b. Un décret pris en conseil des ministres, après avis du Conseil d'État, fixe les conditions d'application du premier alinéa du 2.

« 4. Le taux de 4,25 % prévu au 1. est réduit à 2,95 %, dans les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion, et à 2,55 % dans le département de la Guyane. ».

Amendement AS 15 présenté par M. Arnaud Robinet

Article 49

I. – Rédiger ainsi l'alinéa 4 :

« b) Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés : »

II. – En conséquence, après l'alinéa 5, insérer l'alinéa suivant :

« Un bilan du processus d'expérimentation de la procédure de facturation dérogatoire ci-dessus visée est transmis pour information au Parlement avant le 15 septembre de chaque année ; ».

Amendement AS 16 présenté par M. Arnaud Robinet

Après l'article 76

Insérer l'article suivant :

La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle présidée par un magistrat et composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance-maladie et du contrôle médical, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques ou privées, d'autre part. »

Amendement AS 17 présenté par M. Arnaud Robinet

Après l'article 76

Insérer l'article suivant :

Après le premier alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements de santé peuvent dans leurs observations demander au directeur général de l'agence régionale de santé de saisir l'Agence technique de l'information hospitalière afin d'obtenir son avis sur les manquements aux règles de facturation, erreur de codages ou absence de réalisation d'une prestation facturée. En ce cas, la saisine de l'Agence technique de l'information hospitalière par le directeur général de l'agence régionale de santé est obligatoire. ».

Amendement AS 18 présenté par M. Arnaud Robinet

Après l'article 49

Insérer l'article suivant :

Le II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif » sont supprimés ;

2° Après le mot : « notamment, », la fin de la dernière phrase est ainsi rédigée : « l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ainsi que l'évaluation prévisionnelle de la croissance de cette activité pour les années à venir et les changements de régime juridique et financier de certains établissements. »

Amendement AS 20 présenté par M. Arnaud Robinet

Article 45

Supprimer cet article.

Amendement AS 21 présenté par M. Arnaud Robinet

Article 44

Après l'alinéa 2, insérer les deux alinéas suivants :

« I *bis*. – Le même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La reprise de dénomination mentionnée au premier alinéa est précisée par décret en Conseil d'État. » ».

Amendement AS 22 présenté par MM. Arnaud Robinet, Christian Hutin, Mme Bérengère Poletti, M. Cécile Lett, Mmes Valérie Boyer, Véronique Besse, Isabelle Le Callenec et M. Fernand Siré

Article 23

Supprimer cet article.

Amendement AS 23 présenté par Mme Dominique Orliac

Article 23

Supprimer cet article.

Amendement AS 24 présenté par Mme Dominique Orliac

Après l'article 38

Insérer l'article suivant :

À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après le mot : « série », sont insérés les mots : « , en ville, en centres de rééducation fonctionnelle ou en centres de soins de suite et de rééducation ».

Amendement AS 25 présenté par Mme Dominique Orliac

Après l'article 38

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Sur le fondement de recommandations établies par la Haute Autorité de santé, portant sur les actes ne nécessitant pas de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, la mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation pour ces soins de suite et de réadaptation est effectuée par le directeur général de l'agence régionale de santé, sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie ».

II. – À l'avant-dernière phrase, les mots : « d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non-conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement » sont remplacés par les mots : « de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, de prestations d'hospitalisation facturées non-conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées ».

Amendement AS 28 présenté par Mme Dominique Orliac

Article 46

I. – À l’alinéa 2, après le mot : « publique », insérer les mots : « , à l’exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, »

II. – En conséquence, à l’alinéa 5, après la référence : « L. 5311-1, », insérer les mots : « à l’exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, ».

III. – En conséquence, procéder à la même insertion à l’alinéa 8.

Amendement AS 29 présenté par Mme Dominique Orliac

Après l’article 45

Insérer l’article suivant :

Après l’article L. 5125-23 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5125-23-1 A ainsi rédigé :

« *Art. L. 5125-23-1 A.* – En dehors des mentions obligatoires prévues par la réglementation en vigueur, toute mention ou allégation portée sur l’ordonnance qui ne concernerait pas une nécessaire transmission d’informations entre le prescripteur, le professionnel de santé concerné par l’exécution de l’ordonnance et le patient, est interdite ».

Amendement AS 31 présenté par Mme Dominique Orliac

Article 50

Supprimer cet article.

Amendement AS 32 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 11

Supprimer cet article.

Amendement AS 33 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 11

Supprimer l’alinéa 5.

Amendement AS 34 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 13

Supprimer cet article.

Amendement AS 35 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 14

Supprimer cet article.

Amendement AS 36 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 15

Supprimer cet article.

Amendement AS 37 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 16

Supprimer cet article.

Amendement AS 38 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 19

Supprimer cet article.

Amendement AS 39 Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 20

Supprimer cet article.

Amendement AS 40 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 23

Supprimer cet article.

Amendement AS 41 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 40

Supprimer cet article.

Amendement AS 42 Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Après l'article 15

Insérer l'article suivant :

I. – Les professionnels mentionnés au 7° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale exerçant leur activité dans les zones définies dans les conditions fixées par l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, où l'offre de soins est déficitaire, sont exonérés d'une partie des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale.

II. – La perte de recettes pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement AS 43 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 46

Supprimer cet article.

Amendement AS 44 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 47

Supprimer cet article.

Amendement AS 45 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 49

Supprimer cet article.

Amendement AS 46 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 49

Supprimer les alinéas 2 à 5.

Amendement AS 47 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 57

À l'alinéa 1, substituer au nombre : « 370,27 », le nombre : « 265 ».

Amendement AS 48 présenté par Mme Bérengère Poletti et les commissaires membres du groupe UMP

Article 59

Rédiger ainsi le tableau de l'alinéa 2 :

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	78,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,2
Total	171,2

Amendement AS 49 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 11

Supprimer cet article.

Amendement AS 50 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 11

Supprimer les alinéas 2 à 4.

Amendement AS 51 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 11

Supprimer l'alinéa 5.

Amendement AS 52 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 11

Supprimer l'alinéa 4.

Amendement AS 53 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Après l'article 12,

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, à compter du 1^{er} janvier 2013. »

Amendement AS 54 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Après l'article 12,

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 137-26 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 12 ainsi rédigée :

« Section 12

« Prélèvement sur les mutuelles et unions relevant du livre II du code de la mutualité au titre de leurs opérations afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France.

« *Art. L. 137-27.* – Il est institué au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés un prélèvement sur les mutuelles et unions relevant du livre II du code de la mutualité au titre de leurs opérations afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.

« Ce prélèvement est assis sur les actifs autres que ceux mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 212-1 du code de la mutualité lorsque la valeur de ces actifs rapportée à celle des engagements réglementés excède 4.

« Le taux de ce prélèvement est fixé à 10 % et, si le rapport défini à l'alinéa précédent excède 6, à 20 %. ».

Amendement AS 55 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 13

Supprimer cet article.

Amendement AS 56 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 13

À l'alinéa 2, après la dernière occurrence du mot : « sociale, », insérer les mots : « exception faite des 4° et 5° du II, ».

Amendement AS 57 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 13

Après le mot : « celles », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 2 :

« versées par les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont soumises à une taxe égale à 4,25 % de leur montant, évalué selon les règles prévues à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale » ; »

Amendement AS 58 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 13

Compléter l'alinéa 4 par la phrase suivante :

« Toutefois, pour les sommes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, le taux de la taxe sur les salaires prévu pour la fraction excédant 150 000 euros de rémunérations individuelles est de 13,60 % ».

Amendement AS 59 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 15

Supprimer cet article.

Amendement AS 60 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 15

Compléter l'alinéa 3 par les mots : « , sauf pour les particuliers employeurs de plus de 80 ans »

Amendement AS 61 présenté par M. Dominique Tian

Article 15

Compléter l'alinéa 3 par les mots : « sauf pour les parents d'enfants âgés de 10 ans qui exercent tous deux une activité professionnelle »

Amendement AS 62 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 15

Compléter l'alinéa 3 par les mots : « , sauf pour les structures de musique à domicile »

Amendement AS 63 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 15

Compléter l'alinéa 3 par les mots : « , sauf pour les particuliers employeurs recourant au soutien scolaire »

Amendement AS 64 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 15

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« III. – Un an après la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'impact de cette mesure sur l'emploi auprès des particuliers employeurs. ».

Amendement AS 65 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 16

Supprimer cet article.

Amendement AS 66 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 19

Avant l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« Au IV de l'article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, après le mot : « redevable », sont insérés les mots : « ,y compris les agents statutaires en activité ou en inactivité d'Électricité de France et de Gaz de France, ».

Amendement AS 67 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Après l'article 19

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 242-1-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 242-1-5.* – Tout avantage résultant de l'application de tarifs préférentiels de vente d'électricité et de gaz dont bénéficient les salariés des fournisseurs et entreprises de distribution d'électricité et de gaz est considéré comme une rémunération au sens de l'article L. 242-1.

« Cet avantage est soumis à une contribution libératoire acquittée par le bénéficiaire.

« Le taux de cette contribution est fixé à 20 % de la part de l'avantage 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.

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

Amendement AS 68 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 20

Supprimer cet article.

Amendement AS 69 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 20

Après l'alinéa 5, insérer l'alinéa suivant :

« *I bis.* – Après les mots : « ayants droit », la fin du deuxième alinéa de l'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« , pour les sommes affectées à la réserve spéciale de participation conformément aux modalités définies à l'article 3323-3 du code du travail au sein des sociétés coopératives ouvrières de production soumises à la loi n° 78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives ouvrières de production, ainsi que pour les indemnités versées à l'occasion de rupture conventionnelle mentionnée aux articles L. 1237-11 à L. 1237-15 du code du travail, pour leur part exclue de l'assiette de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 en application du 5° du II de l'article L. 136-2. » »

Amendement AS 70 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 23

Supprimer cet article.

Amendement AS 71 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 23

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« IV. – Le Gouvernement remet au Parlement, un an après la promulgation de la présente loi, un rapport sur l'impact économique des dispositions prévues au présent article. ».

Amendement AS 72 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 23

I. – À la fin de l'alinéa 2, substituer au nombre : « 3,60 », le nombre : « 1,80 ».

II. – En conséquence, à la fin de l’alinéa 3, substituer au nombre : « 7,20 », le nombre : « 3,60 ».

III. – En conséquence, à la fin de l’alinéa 4, substituer au nombre : « 3,60 », le nombre : « 1,80 »

IV. – En conséquence, à la fin de l’alinéa 5, substituer au nombre : « 4,32 », le nombre : « 2,16 »

V. – En conséquence, à la fin de l’alinéa 6, substituer au nombre : « 5,40 », le nombre : « 2,70 ».

VI. – Compléter cet article par l’alinéa suivant :

« IV. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d’une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. ».

Amendement AS 73 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 32
(Annexe B)

À la dernière phrase de l’alinéa 2, supprimer la dernière occurrence du mot : « efforts ».

Amendement AS 74 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 32
(Annexe B)

À la première phrase de l’alinéa 9, substituer au mot : « hôpitaux », les mots : « établissements de santé ».

Amendement AS 75 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 34

Supprimer cet article.

Amendement AS 76 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Après l’article 35

Insérer l’article suivant :

Le dernier alinéa de l’article L. 6145-16 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Cette certification est réalisée par un commissaire aux comptes ou par la Cour des comptes. ».

Amendement AS 77 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 36

Supprimer la septième ligne du tableau de l'alinéa 2.

Amendement AS 78 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 37

À l'alinéa 1, substituer au mot : « huit », le mot : « six »

Amendement AS 81 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 43

Supprimer cet article.

Amendement AS 82 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 44

Après l'alinéa 2, insérer les deux alinéas suivants :

« *I bis*. – Le même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La reprise de dénomination mentionnée au premier alinéa est précisée par décret en Conseil d'État. ».

Amendement AS 83 présenté par M. Dominique Tian

Article 45

Supprimer cet article.

Amendement AS 84 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 46

Supprimer cet article.

Amendement AS 85 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 47

Supprimer cet article.

Amendement AS 87 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Après l'article 47

Insérer l'article suivant :

Avant le 15 avril 2013, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'évolution des effectifs hospitaliers publics, précisant notamment l'évolution du nombre d'équivalents temps plein hospitaliers par rapport à l'évolution de la population et par type d'activité (chirurgie, urgences, etc.), dans une approche comparée au niveau européen. Il formule des scénarii pour une stratégie nationale d'évolution de ces effectifs hospitaliers publics dans le cadre d'un objectif-cible de réorganisation de l'offre de soins recentrant l'hôpital sur la prise en charge des cas lourds et complexes. Il chiffre les économies potentielles à la suite des restructurations hospitalières déjà envisagées région par région pour la période 2013-2017.

Amendement AS 88 présenté par M. Dominique Tian

Article 48

Supprimer cet article.

Amendement AS 89 présenté par M. Dominique Tian et Mme Le Callennec

Article 49

Supprimer cet article.

Amendement AS 90 présenté par M. Dominique Tian

Article 49

Supprimer les alinéas 2 à 5.

Amendement AS 91 présenté par M. Dominique Tian

Article 49

Supprimer l'alinéa 8.

Amendement AS 92 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 49

Supprimer l'alinéa 6.

Amendement AS 93 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 49

Après l'alinéa 6, insérer les deux alinéas suivants :

« 2°*bis* Le III est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le ministre en charge de la santé communique au Parlement chaque année et au plus tard le 30 juin, un rapport indiquant les tarifs journaliers de prestations relatifs à chaque établissement de santé public et privé non lucratif. Le rapport examine les disparités dans la fixation de ces tarifs. ».

Amendement AS 94 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 76

Insérer l'article suivant :

La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle présidée par un magistrat et composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance-maladie et du contrôle médical, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques ou privées, d'autre part. »

Amendement AS 95 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Après l'article 76

Insérer l'article suivant :

« Après le premier alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements de santé peuvent dans leurs observations demander au directeur général de l'Agence régionale de santé de saisir l'Agence technique de l'information hospitalière afin d'obtenir son avis sur les manquements aux règles de facturation, erreur de codages ou absence de réalisation d'une prestation facturée. En ce cas, la saisine de l'Agence technique de l'information hospitalière par le directeur général de l'Agence régionale de santé est obligatoire. ».

Amendement AS 96 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Après l'article 49

Insérer l'article suivant :

Le II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif » sont supprimés ;

2° Après le mot : « notamment, », la fin de la dernière phrase est ainsi rédigée : « l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ainsi que l'évaluation prévisionnelle de la

croissance de cette activité pour les années à venir et les changements de régime juridique et financier de certains établissements. »

Amendement AS 99 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 51

Supprimer les alinéas 2 à 6.

Amendement AS 100 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Article 57

À l'alinéa 1, substituer au nombre : « 370,27 », le nombre : « 265 ».

Amendement AS 101 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Après l'article 57

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement présente au Parlement un rapport visant à évaluer la faisabilité et l'impact financier d'une rationalisation des doublons entre les agences intervenant dans le secteur de la santé.

Amendement AS 102 présenté par M. Dominique Tian et Mme Isabelle Le Callennec

Après l'article 76

Insérer l'article suivant :

Le II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les deux première phrases du troisième alinéa sont remplacées par une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail après examen de l'assuré, ce médecin transmet un rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de soixante-douze heures » ;

2° Après la première occurrence du mot : « examen », la fin du 2° est ainsi rédigée : « médical de l'assuré. » ;

3° Il est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, l'employeur ou l'organisme mandaté par l'employeur pour ce contrôle transmet cette information à la caisse dans un délai maximal de soixante-douze heures.

« Au vu de cette information, la caisse :

« 1° Soit décide de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge un nouvel examen de sa situation. La caisse se prononce dans un délai fixé par décret ;

« 2° Soit demande au service du contrôle médical de la caisse de procéder à un examen de l'assuré. »

Amendement AS 103 présenté par M. Gérard Cherpion

Article 66

I. – Substituer à l'alinéa 3 les deux alinéas suivants :

« a) Le sixième alinéa est ainsi rédigé :

« « La majoration est payée par la caisse, qui en récupère le capital représentatif auprès de l'employeur dans des conditions déterminées par décret. Par exception, lorsque l'entreprise possède un effectif inférieur à 20 salariés, la caisse récupère le montant de la majoration de la rente par l'imposition d'une cotisation supplémentaire dont le taux et la durée sont fixés par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sur la proposition de la caisse primaire, en accord avec l'employeur, sauf recours devant la juridiction de la sécurité sociale compétente » »;

II. – Substituer à l'alinéa 4 les deux alinéas suivants :

« b) L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé : « La cotisation supplémentaire applicable aux entreprises possédant un effectif inférieur à 20 salariés ainsi prévue ne peut être perçue au-delà d'une certaine durée et son taux excéder ni une fraction de la cotisation normale de l'employeur, ni une fraction des salaires servant de base à cette cotisation. »

« c) Au dernier alinéa, après le mot : « entreprises », sont insérés les mots : « dont l'effectif est inférieur à 20 salariés »,

III. – Après la dernière occurrence du mot : « capital », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 7 : « et des cotisations complémentaires prévus à l'article L. 452-2 est garanti ».

Amendement AS 104 présenté par MM. Francis Vercamer et Arnaud Richard

Article 5

Après l'alinéa 5, insérer l'alinéa suivant :

« Le produit du supplément de recette est affecté à la branche du régime général de la sécurité sociale mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale. »

Amendement AS 105 présenté par MM. Arnaud Richard et Francis Vercamer

Article 11

Supprimer l'alinéa 17.

Amendement AS 106 présenté par MM. Francis Vercamer et Arnaud Richard

Article 12

Supprimer cet article.

Amendement AS 107 présenté par MM. Arnaud Richard et Francis Vercamer

Article 13

Après le mot : « celles », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 2 :

« versées par les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont soumises à une taxe égale à 4,25 % de leur montant, évalué selon les règles prévues à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale » ; »

Amendement AS 108 présenté par MM. Francis Vercamer, Hervé Morin et Arnaud Richard

Après l'article 21

I. – Après le 2° *bis* de l'article 1001 du code général des impôts, il est inséré un 2° *ter* ainsi rédigé :

« 2° *ter* À 3,5 % pour les contrats d'assurance maladie gérés par les mutuelles étudiantes ; »

II. – Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement AS 109 présenté par MM. Arnaud Richard et Francis Vercamer

Article 20

Supprimer cet article.

Amendement AS 111 présenté par MM. Francis Vercamer et Arnaud Richard

Article 23

Supprimer cet article.

Amendement AS 112 présenté par MM. Francis Vercamer et Arnaud Richard

Article 23

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« IV. – Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 31 décembre 2013, un rapport relatif aux conditions de mise en place d'un dispositif parafiscal cohérent sur l'ensemble des boissons alcoolisées. ».

Amendement AS 114 présenté par MM. Francis Vercamer, Hervé Morin et Arnaud Richard

Avant l'article 37

Insérer l'article suivant :

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur la mise en œuvre d'un bouclier sanitaire permettant de réduire les restes à charge supportés par les assurés sociaux.

Amendement AS 115 présenté par MM. Arnaud Richard et Francis Vercamer

Article 38

À l'alinéa 1, substituer au mot : « trois », le mot : « un »

Amendement AS 116 présenté par MM. Arnaud Richard et Francis Vercamer

Après l'article 54

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, il est rétabli un article L. 312-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-8-1.* – Les évaluations mentionnées à l'article L. 312-8 peuvent être communes à plusieurs établissements et services gérés par le même organisme gestionnaire lorsque ces établissements et services sont complémentaires dans le cadre de la prise en charge des usagers ou lorsqu'ils relèvent du même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application des articles L. 313-11 à L. 313-12-2. Les recommandations, voire les injonctions, résultant de ces évaluations sont faites à chacun des établissements et services relevant d'une même évaluation commune.

« Les modalités d'application de cet article sont fixés par décret ».

Amendement AS 117 présenté par MM. Arnaud Richard et Francis Vercamer

Article 40

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Afin de faciliter l'installation durable des jeunes praticiens, chaque agence régionale de santé élabore chaque année en concertation un objectif cartographié de création de maisons de santé et de centres de santé. »

Amendement AS 119 présenté par MM. Arnaud Richard et Francis Vercamer

Après l'article 45

Insérer l'article suivant :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – L'article L. 5121-1 est complété par un 17° ainsi rédigé :

« 17° Équivalent thérapeutique, tout médicament qui dispose d'une équivalence pharmacologique au sein d'une même classe thérapeutique et qui bénéficie d'un même effet thérapeutique, d'un mécanisme d'action et d'un mode d'administration similaires ainsi que d'un profil de sécurité comparable pour les indications thérapeutiques communes. »

II. – L'article L. 5311-2 est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Met en œuvre, en liaison avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, avant le 1^{er} janvier 2014, un répertoire des équivalents thérapeutiques. Ce répertoire a pour objet de lister, par classe thérapeutique, les équivalents thérapeutiques ainsi que leurs spécialités génériques conformément au 17° de l'article L. 5121-1 du présent code. Il comprend notamment, pour chacune des spécialités recensées, des données relatives à la situation au regard du remboursement, à la note de service médical rendu, à la note d'amélioration du service médical rendu, au prix public et au coût moyen de traitement. Un décret fixe les conditions dans lesquelles ce répertoire est rendu gratuitement accessible aux professionnels de santé et au public. »

Amendement AS 120 présenté par MM. Francis Vercamer et Arnaud Richard

Après l'article 45

Insérer l'article suivant :

Le b) du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du présent b, sont également inscrites, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, au répertoire des spécialités génériques les spécialités administrées par voie respiratoire qui présentent la même composition qualitative et quantitative en principe actif que la spécialité de référence et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence démontrée par les études de bioéquivalence appropriées réalisées avec les dispositifs médicaux d'administration par voie respiratoire propre à chaque spécialité. »

Amendement AS 121 présenté par MM. Arnaud Richard et Francis Vercamer

Article 47

Supprimer cet article.

Amendement AS 123 présenté par MM. Francis Vercamer et Arnaud Richard

Article 49

Supprimer cet article.

Amendement AS 124 présenté par MM. Arnaud Richard et Francis Vercamer

Article 54

Avant l'alinéa 1, insérer les deux alinéas suivants :

« I A – Après le septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code ayant mis en place les expérimentations prévues à l'article 64-I de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 et sauf opposition expresse de la part de leur représentant légal déclarée à l'Agence régionale de santé, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 comprennent l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Elles comprennent également l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code dont la liste est fixée par arrêté. » ; ».

Amendement AS 125 présenté par MM. Arnaud Richard et Francis Vercamer

Article 59

Supprimer cet article.

Amendement AS 128 présenté par M. Francis Vercamer

Après l'article 59

Insérer l'article suivant :

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur la faisabilité d'une expérimentation de la mise en œuvre d'objectifs régionaux d'assurance maladie.

Amendement AS 129 présenté par M. Jean-Louis Roumegas, Mme Véronique Massonneau et M. Christophe Cavard

Article 40

À la première phrase de l'alinéa 3, substituer aux mots : « et de prévention », les mots : « , de prévention et d'éducation à la santé ».

Amendement AS 131 présenté par M. Jean-Louis Roumegas, Mme Véronique Massonneau et M. Christophe Cavard

Après l'article 21

Insérer l'article suivant :

I. – L'article 995 du code général des impôts est complété par un 18° ainsi rédigé :

« 18° Les contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les ressortissants du régime étudiant de sécurité sociale, si ces garanties respectent les conditions définies à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la hausse de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

Amendement AS 132 présenté par MM. Jean-Louis Roumegas, Christophe Cavard et Mme Véronique Massonneau

Après l'article 45

Insérer l'article suivant :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – L'article L. 5121-1 est complété par un 17° ainsi rédigé :

« 17° Équivalent thérapeutique, tout médicament qui dispose d'une équivalence pharmacologique au sein d'une même classe thérapeutique et qui bénéficie d'un même effet thérapeutique, d'un mécanisme d'action et d'un mode d'administration similaires ainsi que d'un profil de sécurité comparable pour les indications thérapeutiques communes. »

II. – L'article L. 5311-2 est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Met en œuvre, en liaison avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, avant le 1^{er} janvier 2014, un répertoire des équivalents thérapeutiques. Ce répertoire a pour objet de lister, par classe thérapeutique, les équivalents thérapeutiques ainsi que leurs spécialités génériques conformément au 17° de l'article L. 5121-1 du présent code. Il comprend notamment, pour chacune des spécialités recensées, des données relatives à la situation au regard du remboursement, à la note de service médical rendu, à la note d'amélioration du service médical rendu, au prix public et au coût moyen de traitement. Un décret fixe les conditions dans lesquelles ce répertoire est rendu gratuitement accessible aux professionnels de santé et au public. »

Amendement AS 134 présenté par Mme Véronique Massonneau et MM. Jean-Louis Roumegas et Christophe Cavard

Article 56

À l'alinéa 4, substituer au mot « forfaitaire », les mots : « proportionnelle au revenu ».

Amendement AS 136 présenté par Mme Jacqueline Fraysse

Après l'article 11

Insérer l'article suivant :

Au II *bis* de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale, le mot : « huit » est remplacé par le mot : « trois ».

Amendement AS 137 présenté par Mme Jacqueline Fraysse

Article 22

À la troisième ligne du tableau de l'alinéa 13, substituer respectivement aux taux : « 28% » et : « 5% », les taux : « 60% » et : « 30% ».

Amendement AS 138 présenté par Mme Jacqueline Fraysse

Après l'article 11

Insérer l'article suivant :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – L'article L. 213-1 est ainsi modifié :

1° Après le 5° *bis*, il est inséré un 5° *ter* ainsi rédigé :

« 5° *ter* Le recouvrement de la contribution mentionnée à l'article L. 245-16 du présent code ; » ;

2° Le 6° est ainsi complété par les mots : « et 5° *ter* ».

II. – Après l'article L. 245-15, il est inséré une section 6 intitulée « Contribution des revenus financiers des sociétés financières et non financières ».

III. – L'article L. 245-16 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 245-16.* – Les revenus financiers des prestataires de service visés au livre V du code monétaire et financier entendus comme la somme des dividendes bruts et des intérêts nets reçus, sont assujettis à une contribution sociale dont le taux est fixé à 26,8 %.

« Les revenus financiers des sociétés tenues à l'immatriculation au registre du commerce et des sociétés conformément à l'article L. 123-1 du code du commerce, à l'exclusion des prestataires visés au premier alinéa du présent article, entendus comme la somme des dividendes bruts et assimilés et des intérêts bruts reçus, sont assujettis à une contribution sociale dont le taux est fixé à 26,8 %.

« Les contributions prévues au présent article ne sont pas déductibles de l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

« Un décret fixe les taux de répartition de ces ressources entre les différentes branches de la sécurité sociale. ».

IV. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article.

Amendement AS 139 présenté par Mme Jacqueline Fraysse

Après l'article 11

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 6 ainsi rédigée :

« Section 6

« De la contribution sociale sur les revenus financiers

« *Art. L. 136-9.* – L'ensemble des revenus financiers des personnes physiques et des personnes morales provenant des titres émis en France sont assujettis à une contribution sociale dont le taux est égal à la somme du taux défini à l'article L. 136-8 applicable à la contribution sociale mentionnée à l'article 136-1, additionné aux taux des cotisations, à la charge de l'employeur et du salarié, prévues au premier alinéa de l'article L. 241-1 et aux deuxième et quatrième alinéa de l'article L. 241-3, et du taux de la cotisation, à la charge de l'employeur et du salarié sous le plafond du régime complémentaire conventionnel rendu obligatoire par la loi.

« Sont exonérés de cette contribution sociale les livrets d'épargne populaire, les livrets A, livrets bleus, livrets et comptes d'épargne logement. Les plans épargne populaire courants, avant promulgation de la présente loi, en sont également exonérés pendant cinq ans. Les revenus des biens immobiliers autres que ceux utilisés pour l'usage personnel du propriétaire et de sa famille directe sont assujettis à la même cotisation que les revenus financiers.

« La contribution est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 125 A du code général des impôts. Le produit de cette contribution est versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sans déduction d'une retenue pour frais d'assiette et de perception. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

« Les ressources des assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, décès et vieillesse) sont abondées par le produit de cette contribution. Un décret fixe les taux de répartition de ces ressources entre les différentes assurances sociales de la sécurité sociale. »

Amendement AS 140 présenté par Mme Jacqueline Fraysse

Après l'article 11

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 137-26 du code de la sécurité sociale, il est insérée une section 12 ainsi rédigée :

« Section 12

« Contribution patronale sur les formes de rémunération différées mentionnées aux articles L. 225-42-1 et L. 225-90-1 du code du commerce

« *Art. L. 137-27.* – Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse dont relèvent les bénéficiaires, une contribution due par les employeurs assise sur le montant des éléments de rémunération, indemnités et avantages mentionnés aux articles L. 225-42-1 et L. 225-90-1 du code du commerce, à l'exclusion des options et actions visées aux articles L. 225-177 à L. 225-186 et L. 225-197-1 à L. 225-197-5 du même code. Le taux de cette contribution est fixé à 30 %. »

Amendement AS 141 présenté par Mme Jacqueline Fraysse

Après l'article 11

Insérer l'article suivant :

Le VII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« VII. – La réduction est supprimée lorsque l'employeur n'a pas conclu d'accord relatif à l'égalité professionnelle dans le cadre des obligations définies aux articles L. 2245-5 et L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code ou qu'il n'a pas établi le plan d'action visé à l'article L. 2323-47. Cette diminution de 100 % du montant de la réduction est cumulable avec la pénalité prévue à l'article L. 2245-5-1 du code du travail. »

Amendement AS 142 présenté par Mme Jacqueline Fraysse

Après l'article 11

Insérer l'article suivant :

L'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Amendement AS 144 présenté par Mme Jacqueline Fraysse

Après l'article 24

Insérer l'article suivant :

Après le mot : « années », la fin de la première phrase du 3^{ème} alinéa de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« 2013, 2014, 2015 et 2016 est fixé à 5 %. »

Amendement AS 147 présenté par Mme Jacqueline Fraysse

Après l'article 11

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 137-26 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 12 ainsi rédigée :

« Section 12

« Contribution patronale sur la part variable de rémunération des opérateurs de marchés financiers

« Art. L. 137-27. – Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse une contribution de 40 %, à la charge de l'employeur, sur la part de rémunération variable dont le montant excède le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 versée, sous quelque forme que ce soit, aux salariés des prestataires de services visés au livre V du code monétaire. »

Amendement AS 148 présenté par Mme Jacqueline Fraysse

Après l'article 11

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 242-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 242-10-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 242-10-1.* Les entreprises d'au moins vingt salariés et dont le nombre de salariés à temps partiel est au moins égal à 20 % du nombre total de salariés de l'entreprise, sont soumises à une majoration de 10 % des cotisations dues avant exonération prévue à l'article L. 241-13 par l'employeur au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales pour l'ensemble de leurs salariés à temps partiel. ».

Amendement AS 149 présenté par Mme Jacqueline Fraysse

Article 16

Supprimer cet article.

Amendement AS 150 présenté par Mme Jacqueline Fraysse

Article 17

Supprimer cet article.

Amendement AS 157 présenté par Mmes Bérengère Poletti, Geneviève Levy, M. Bernard Perrut et Mme Véronique Louwagie

Article 53

Supprimer cet article.

Amendement AS 158 présenté par Mmes Bérengère Poletti, Geneviève Levy, M. Bernard Perrut et Mme Véronique Louwagie

Article 54

I. – À la fin de l'alinéa 1, substituer au mot : « supprimés », les mots : « remplacés par un alinéa ainsi rédigé » ;

II. – En conséquence, après l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« Dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du présent code, qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur mais qui ont mis en place les expérimentations prévues par l'article 64-I de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, les prestations de soins comprennent l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, sauf opposition expresse de la part de leur représentant légal déclarée à l'agence régionale de santé, avant le 1^{er} juillet 2013. ».

Amendement AS 159 présenté par Mmes Bérengère Poletti, Geneviève Levy, M. Bernard Perrut et Mme Véronique Louwagie

Article 54

Avant l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« I A – À la première phrase du septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « ou d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale disposant d'une pharmacie à usage intérieur » ; »

Amendement AS 160 présenté par Mmes Bérengère Poletti, Geneviève Levy, M. Bernard Perrut et Mme Véronique Louwagie

Après l'article 54

Insérer l'article suivant :

La deuxième phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, est complétée par les mots : « , après la réalisation, dans des conditions prévues par voie réglementaire, d'études relatives à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés au I du présent article »

Amendement AS 161 présenté par Mmes Bérengère Poletti, Geneviève Levy, M. Bernard Perrut et Mme Véronique Louwagie

Après l'article 54

Insérer l'article suivant :

Le II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale. ».

Amendement AS 162 présenté par Mmes Bérengère Poletti, Geneviève Levy, M. Bernard Perrut et Mme Véronique Louwagie

Après l'article 54

Insérer l'article suivant :

Le II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs géographiques s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières qui doivent être assumées par les établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines charges immobilières et de prestations dans la zone considérée. ».

Amendement AS 163 présenté par Mmes Bérengère Poletti, Geneviève Levy, M. Bernard Perrut et Mme Véronique Louwagie

Après l'article 38

Insérer l'article suivant :

Après le 2°) de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2°*bis* La couverture des frais de transport liés aux soins ou aux traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et dans les centres médico-psycho-pédagogiques mentionnés à l'annexe 32 du décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 dans les conditions fixées aux articles L. 16241 et L. 322-5 du présent code. »

Amendement AS 164 présenté par Mmes Bérengère Poletti, Geneviève Levy, M. Bernard Perrut et Mme Véronique Louwagie

Après l'article 38

Insérer l'article suivant :

« Dans les trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport explicitant les raisons et décrivant la nature des blocages dans les processus de décision ayant conduit à la non-parution du décret d'application nécessaire à la mise en œuvre de l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. »

Amendement AS 165 présenté par Mmes Bérengère Poletti, Geneviève Levy, M. Bernard Perrut et Mme Véronique Louwagie

Après l'article 54

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 314-9-1.* – Au plus tard le 1^{er} janvier 2015, les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 sont modulés selon les besoins en soins requis de la personne prise en charge ainsi que son état évalué au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

« La grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 est adaptée ou complétée en tant que de besoin pour correspondre aux situations spécifiques relevant des services visés au 7° du I de l'article L. 312-1.

« Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 tiennent compte des caractéristiques des services et des prestations servies, ainsi que de sujétions financières spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les coûts de fonctionnement desdits services. »

« L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service sur la base d'une grille nationale arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale, du Conseil national consultatif des personnes

handicapées, du Comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« Le recueil des besoins en soins mentionnés aux alinéas précédents est réalisé selon une périodicité et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Les modalités de fixation de la tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L. 312-1 prenant en compte les éléments de modulation précisés aux trois premiers alinéas sont déterminées par un décret en Conseil d'État, qui prévoit notamment les conditions de prise en compte de l'ensemble des dépenses médico-sociales relevant de cette catégorie de services établie sur la base de la réalisation d'une étude nationale relative à l'analyse des différents coûts menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans le cadre de ses missions fixées au 11° du I de l'article L. 14-10-1. ».

Amendement AS 166 présenté par Mmes Bérengère Poletti, Geneviève Levy, M. Bernard Perrut et Mme Véronique Louwagie

Après l'article 38

Insérer l'article suivant :

À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après le mot : « série », sont insérés les mots : « , en ville, en centres de rééducation fonctionnelle ou en centres de soins de suite et de rééducation ».

Amendement AS 171 présenté par M. Fernand Siré

Après l'article 76

Insérer l'article suivant :

« L'article L. 162-34 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-34.* – Les tribunaux des affaires de sécurité sociale sont compétents pour traiter les litiges pouvant survenir à l'occasion de la décision d'une caisse primaire d'assurance maladie de placer un professionnel hors de l'une des conventions ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement, mentionnés aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. »

Amendement AS 172 présenté par M. Fernand Siré

Après l'article 76

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité social est abrogé.

Amendement AS 173 présenté par M. Fernand Siré

Après l'article 76

Insérer l'article suivant :

Au sixième alinéa de l'article L. 162-1-14 -1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « avis », est inséré le mot : « conforme ».

Amendement AS 174 présenté par M. Fernand Siré

Après l'article 76

Insérer l'article suivant :

À la première phrase du premier alinéa du V de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, après le mot : « avis », est inséré le mot : « conforme ».

Amendement AS 175 présenté par M. Fernand Siré

Après l'article 76

Insérer l'article suivant :

Au 3° du IV de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, après le mot : « avis », est inséré le mot : « conforme ».

Amendement AS 176 présenté par M. Fernand Siré

Après l'article 40

Insérer l'article suivant :

Au troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, les mots : « sous forme exclusivement manuscrite » sont supprimés.

Amendement AS 178 présenté par M. Gérard Bapt et Mme Catherine Lemorton, présidente

Article 46

À l'alinéa 2, après le mot : « publique », insérer les mots : « , à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, ».

Amendement AS 180 présenté par M. Jean-Marc Germain et les commissaires membres du groupe SRC

Après l'article 21

Insérer l'article suivant :

I. – L'article 995 du code général des impôts est complété par un 18° ainsi rédigé :

« 18° Les contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les ressortissants du régime étudiant de sécurité sociale, si ces garanties respectent les conditions définies à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la hausse de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

Amendement AS 181 présenté par M. Olivier Véran et les commissaires membres du groupe SRC

Article 39

À l'avant-dernière phrase de l'alinéa 4, après le mot : « contrepartie », insérer les mots : « et les diverses formes de valorisation ».

Amendement AS 182 présenté par M. Olivier Véran et les commissaires membres du groupe SRC

Article 39

À l'alinéa 2, substituer aux mots : « et la coordination », les mots : « , la coordination et la continuité ».

Amendement AS 183 présenté par M. Olivier Véran et les commissaires membres du groupe SRC

Article 40

À la première phrase de l'alinéa 2, substituer aux mots : « dont la première inscription au tableau de l'ordre des médecins date de moins d'un an », les mots : « , à la condition qu'il n'ait jamais été inscrit auprès du conseil de l'ordre comme médecin installé en exercice libéral ».

Amendement AS 187 présenté par M. Gérard Sebaoun et les commissaires membres du groupe SRC

Article 46

À la dernière phrase de l'alinéa 9, après le mot : « notamment », insérer les mots : « sur le suivi par les établissements de santé des préconisations qu'elle formule en matière de visite médicale ainsi qu' ».

Amendement AS 189 présenté par M. Gérard Sebaoun et les commissaires membres du groupe SRC

Article 51

I. – À l’alinéa 17, substituer aux mots : « détenus affiliés », les mots : « personnes détenues affiliées ».

II. – En conséquence, à la première phrase de l’alinéa 19, substituer aux mots : « affilié le détenu », les mots : « affiliée la personne détenue ».

Amendement AS 190 présenté par M. Gérard Sebaoun et les commissaires membres du groupe SRC

Article 57

Substituer à l’alinéa 21 les trois alinéas suivants :

« C. – L’article L. 221-1-1 est ainsi modifié :

« 1° Au deuxième alinéa du I, après le mot : « ville, », sont insérés les mots : « à la mise en œuvre, au suivi et à l’évaluation des programmes pilotes et des bonnes pratiques élaborés par la Haute autorité de santé, » ;

« 2° La dernière phrase du II est ainsi rédigée : ».

Amendement AS 191 présenté par M. Christian Paul et les commissaires membres du groupe SRC

Après l’article 43

Insérer l’article suivant :

Une expérimentation, d’une durée de deux ans, est lancée pour mettre en place le tiers payant intégral pour les soins de ville en tarif opposable pour les étudiants. Le dispositif est expérimenté dans trois villes universitaires. Une évaluation annuelle est réalisée.

Amendement AS 192 présenté par M. Christian Hutin et les commissaires membres du groupe SRC

Après l’article 69

Insérer l’article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} mai 2013, un rapport sur les modalités de création d’une nouvelle voie d’accès individuelle au dispositif de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante.

Ce rapport présente la faisabilité d’une admission sur présomption d’exposition significative à partir d’un faisceau d’indices tels le secteur d’activité, la durée d’exposition, la période d’activité ou les conditions d’exercice.

Amendement AS 195 présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires membres du groupe SRC

Après l'article 71

Insérer l'article suivant :

Le code du travail est ainsi modifié :

I. – L'article L. 1225-35 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « salarié bénéficie d'un congé de paternité » sont remplacés par les mots : « , le conjoint, la personne vivant maritalement avec la mère de l'enfant ou ayant conclu avec elle un pacte civil de solidarité bénéficie d'un congé d'accueil de l'enfant » ;

2° Au deuxième alinéa les mots : « de paternité » sont supprimés ;

3° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le ou la salarié(e) qui souhaite bénéficier du congé d'accueil de l'enfant avertit son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il ou elle envisage de le prendre, en précisant la date à laquelle il ou elle entend y mettre fin. » ;

II. – À l'article L. 1225-36, les mots « de paternité » sont remplacés par les mots : « d'accueil de l'enfant ».

Amendement AS 196 présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires membres du groupe SRC

Après l'article 71

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement évalue les conditions de transformation du congé de paternité en congé d'accueil de l'enfant. Ses conclusions font l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 30 juin 2013.

Amendement AS 197 présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires membres du groupe SRC

Après l'article 71

Insérer l'article suivant :

I. – Après l'article L. 226-11 du code l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 226-11-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 226-11-1.* – I. – Il est créé un Fonds national de financement de la protection de l'enfance au sein de la Caisse nationale des allocations familiales. Son objet est de compenser les charges résultant pour les départements de la mise en œuvre des articles L. 112-3, L. 221-1, L. 221-3, L. 226-3-1 et L. 226-6 selon des critères nationaux et des modalités fixés par décret et de favoriser des actions entrant dans le cadre de la réforme de la protection de l'enfance et définies par voie conventionnelle entre le fonds et ses bénéficiaires.

« II. – Les ressources du fonds sont constituées par :

« - un versement de la Caisse nationale des allocations familiales, dont le montant est arrêté chaque année en loi de financement de la sécurité sociale ;

« - un versement annuel de l'Etat, dont le montant est arrêté chaque année en loi de finances.

« III. - Le fonds est administré par un comité de gestion associant des représentants de la Caisse nationale des allocations familiales, des représentants des départements et de l'Etat, selon des modalités fixées par décret. Par une délibération annuelle, il se prononce sur l'opportunité de moduler les critères de répartition du fonds définis au I. » ;

II. - L'article 27 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance est abrogé.

Amendement AS 198 présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau et les commissaires membres du groupe SRC

Après l'article 71

Insérer l'article suivant :

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

1° Après l'article L. 542-7, il est inséré un article L. 542-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 542-7-1.* – La décision déclarant la recevabilité de la demande mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 331-3-1 du code de la consommation emporte rétablissement des droits à l'allocation de logement. Sauf refus exprès du bailleur ou du prêteur, le déblocage des allocations s'effectue au profit de ces derniers. » ;

2° Après l'article L. 831-4-1, il est rétabli un article L. 831-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 831-5.* – La décision déclarant la recevabilité de la demande mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 331-3-1 du code de la consommation emporte rétablissement des droits à l'allocation de logement. Sauf refus exprès du bailleur ou du prêteur, le déblocage des allocations s'effectue au profit de ces derniers. ».

II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2013 et s'appliquent à compter de cette date, à la demande du débiteur, aux demandes prévues au I de l'article L. 331-3 du code de la consommation déclarées recevables et en cours d'instruction.

Amendement AS 199 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général et les commissaires membres du groupe SRC

Article 16

Après le mot : « dont », rédiger ainsi la fin de la première phrase de l'alinéa 3 :

« la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente excède le montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts. »

Amendement AS 200 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et M. Jean-Marc Germain

Article 16

À l'alinéa 10, substituer aux mots : « taux de la contribution mentionnée au 1° bis de cet article est fixé à 0,15 % pour les pensions et allocations servies au titre de l'année 2013 et le produit de cette contribution est affecté pour la même année », les mots : « produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est affecté pour l'année 2013 ».

Amendement AS 201 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général et les commissaires membres du groupe SRC

Article 16

Substituer à l'alinéa 10 les 3 alinéas suivants :

« II. – Pour l'année 2013, par dérogation au V *bis* de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles :

« 1° Le produit de la contribution instituée au I est affecté pour une part de 95 % à la section visée au II de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles et pour une part de 5 % à la section visée au IV du même article L. 14-10-5 ;

« 2° Au 2° du IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, les taux : « 0,85 % » et « 0,83 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 0,88 % » et « 0,86 % » et à la fin du 3° du même IV, le taux : « 0,1 % » est remplacé par le taux : « 0,07 % » ».

Amendement AS 202 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général et les commissaires membres du groupe SRC

Article 16

Après l'alinéa 9, insérer l'alinéa suivant :

« I *bis* – Les dispositions du I s'appliquent aux pensions et allocations servies à compter du 1^{er} avril 2013. »

Amendement AS 203 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général et les commissaires membres du groupe SRC

Article 11

Après l'alinéa 4, insérer les deux alinéas suivants :

« A *bis*. – Le dernier alinéa de l'article L. 131-9 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les cotisations prévues au présent alinéa sont assises sur la totalité des revenus d'activité ou de remplacement entrant dans le champ de cet alinéa. » ».

Amendement AS 204 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 2

Substituer aux mots : « la couverture des déficits, tels qu'ils sont », les mots : « pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits ».

Amendement AS 205 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 2
(Annexe A)

Au titre de cette annexe, substituer aux mots : « retraçant la situation patrimoniale au 31 décembre 2011 », les mots : « présentant un tableau, établi au 31 décembre 2011, retraçant la situation patrimoniale ».

Amendement AS 206 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 2
(Annexe A)

Au titre de cette annexe, après le mot : « prévues », insérer les mots : « pour l'affectation des excédents ou ».

Amendement AS 207 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 2
(Annexe A)

Au titre de cette annexe, substituer au mot : « pour », les mots : « à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs à ».

Amendement AS 208 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 3

À l'alinéa 18, après le mot : « au », insérer les mots : « 2° du ».

Amendement AS 209 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 3

À l'alinéa 20, après le mot : « au », insérer les mots : « 1° du ».

Amendement AS 210 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 3

I. – Substituer à l'alinéa 19 les trois alinéas suivants :

« IV. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

« 1° L'article L. 262-24 est ainsi modifié :

« a) Le premier alinéa du III est ainsi rédigé : »

II. – En conséquence, après l'alinéa 20, insérer les deux alinéas suivants :

« b) À la première phrase du IV, les mots : « contributions définies » sont remplacés par les mots : « prélèvements mentionnés » ;

« 2° À l'article L. 522-12, après les mots : « troisième alinéa », sont insérés les mots : « du I ». »

Amendement AS 211 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 8

À l'alinéa 2, substituer aux mots : « à compter des pertes sur créances d'indus enregistrées pour », les mots : « aux pertes sur créances enregistrées à compter de ».

Amendement AS 212 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 11

À l'alinéa 5, substituer aux mots : « acquitté aux mêmes titres par les », les mots : « applicable aux mêmes titres aux revenus des ».

Amendement AS 213 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 11

À l'alinéa 18, substituer aux mots : « des dispositions du », les mots : « de la réduction prévue au ».

Amendement AS 214 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 11

Après l'alinéa 19, insérer l'alinéa suivant :

« E bis. – Au dernier alinéa de l'article L. 612-9 et à la première phrase de l'article L. 756-4, le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « quatrième ». »

Amendement AS 215 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 11

À la dernière phrase de l'alinéa 30, substituer au mot : « le », le mot : « un ».

Amendement AS 216 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 12

Après l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« AA. – Le 4° de l'article L. 135-3 est complété par les mots : « ainsi que les produits financiers mentionnés à ce même alinéa ».

Amendement AS 217 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 12

Compléter l'alinéa 8 par les mots : « et les mots : « est affecté » sont remplacés par les mots : « sont affectés ».

Amendement AS 218 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 12

Après l'alinéa 13, insérer les deux alinéas suivants :

« D. – À la première phrase du premier alinéa du II de l'article L. 651-5-1, les mots : « et entreprises mentionnées » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements mentionnés ».

« E. – À l'article L. 651-5-3, dans les première et dernière phrases du premier alinéa les mots : « et entreprises » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements » et à la fin du deuxième alinéa, les mots : « ou l'entreprise » sont remplacés par les mots : « , l'entreprise ou l'établissement ».

Amendement AS 219 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 14

Après l'alinéa 11, insérer l'alinéa suivant :

« *I bis.* – Au premier alinéa du I de l'article 28-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, le mot : « treizième » est remplacé par le mot : « quatorzième ». ».

Amendement AS 220 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 15

Après les mots : « applicables », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 3 : « respectivement au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires et au recouvrement des cotisations du régime de protection sociale des salariés des professions agricoles assises sur les salaires ».

Amendement AS 221 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 17

I. – À la première phrase de l'alinéa 6, après le mot : « général », insérer les mots : « de sécurité sociale ».

II. – En conséquence :

1° À la même phrase, supprimer la dernière occurrence du mot : « la » ;

2° Aux alinéas 13, 22 et 28, supprimer la première occurrence du mot : « la ».

Amendement AS 222 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 17

Compléter l'alinéa 18 par les mots : « et la référence : « , III » est supprimée ».

Amendement AS 223 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 17

Compléter l'alinéa 26 par les mots : « et au troisième alinéa du même article, les mots : « du même » sont remplacés par les mots : « à l' » ».

Amendement AS 224 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 17

À l'alinéa 31, substituer à la référence : « L. 4135-25 », la référence : « L. 4135-24 ».

Amendement AS 225 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 32
(Annexe B)

À la première phrase de l'alinéa 15, après la première occurrence du mot : « 2012, », insérer les mots : « le rapport à ».

Amendement AS 226 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 32
(Annexe B)

À la dernière phrase de l'alinéa 20, substituer au mot : « initié », le mot : « engagé ».

Amendement AS 227 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 32
(Annexe B)

À la dernière phrase de l'alinéa 26, substituer au mot : « d'assurance », les mots : « de l'assurance ».

Amendement AS 228 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 32
(Annexe B)

Après le mot : « suivante », supprimer la fin de l'alinéa 26.

Amendement AS 229 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 34

Après l'alinéa 2, insérer l'alinéa suivant :

« I *bis*. – Au 5° *bis* de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « au II de » sont remplacés par le mot : « à ». »

Amendement AS 230 présenté par Mme Martine Pinville, rapporteure pour le secteur médico-social, et les commissaires membres du groupe SRC

Après l'article 54

Insérer l'article suivant :

Au troisième alinéa de l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ».

Amendement AS 231 présenté par Mme Martine Pinville, rapporteure pour le secteur médico-social, et les commissaires membres du groupe SRC

Article 54

Avant l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« I A – À la première phrase du septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « ou d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale disposant d'une pharmacie à usage intérieur » ; »

Amendement AS 232 présenté par M. Michel Issindou, rapporteur pour la branche vieillesse

Après l'article 63

Insérer l'article suivant :

I. – Les bénéficiaires d'une pension de retraite versée par un organisme français et résidant hors de France doivent fournir une fois par an à leurs caisses de retraite un justificatif d'existence.

II. – Sous réserve de l'appréciation de la situation locale par les autorités consulaires françaises, les justificatifs d'existence peuvent être télétransmis.

III. – La suspension du versement de la pension de retraite dans le cas où le bénéficiaire ne justifie pas son existence ne peut avoir lieu qu'à l'expiration d'un délai minimum d'un mois à compter de la date fixée par la caisse de retraite pour l'envoi du justificatif.

Amendement AS 233 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 23

Substituer aux alinéas 7 à 9 les quatorze alinéas suivants :

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

« 1° Le 7° de l'article L. 131-8 est ainsi modifié :

« a) À la fin du a), le taux : « 58,10 % » est remplacé par le taux : « 66,30 % » ;

« b) À la fin du c), le taux : « 15,44 % » est remplacé par le taux : « 9,50 % » ;

« c) Après le mot : « article », la fin du h) est ainsi rédigée : « L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,10 % » ;

« 2° Les six premiers alinéas de l'article L. 862-3 sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« *Art. L. 862-3.* – Les recettes du fonds institué à l'article L. 862-1 sont constituées du produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 et d'une fraction, fixée à l'article L. 131-8, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts. » ;

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

« 1° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

« a) Le 4° est rétabli dans la rédaction suivante :

« 4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ; » ;

« b) Au 5°, le taux : « 43,7 % » est remplacé par le taux : « 57,8 % » ;

« 2° Au 3° de l'article L. 731-3, le taux : « 56,3 % » est remplacé par le taux : « 42,2 % » ».

Amendement AS 234 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et les commissaires membres du groupe SRC

Article 15

I. – À l'alinéa 3, après le mot : « sont », insérer les mots et la phrase suivante :

« calculées sur les rémunérations réellement versées au salarié. Les cotisations patronales de sécurité sociale sont réduites de huit points. Les cotisations et contributions sociales mentionnées à la première phrase du présent alinéa sont ».

II. – Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« III. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. ».

Amendement AS 235 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 33

Après l'alinéa 46, insérer l'alinéa suivant :

« 2° *bis* À l'article L. 134-10, les mots : « , L. 134-8 et L. 134-9 ci-dessus » sont remplacés par les mots : « et L. 134-8 » ».

Amendement AS 236 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 75

Après l'alinéa 3, insérer l'alinéa suivant :

« 3° Au dernier alinéa, les mots : « ainsi que la procédure décrite au deuxième alinéa, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, » sont supprimés. ».

Amendement AS 237 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 75

À l'alinéa 12, substituer à la référence : « L. 752-1 », la référence : « L. 752-4 ».

Amendement AS 238 présenté par M. Christian Paul

Après l'article 24

Insérer l'article suivant :

« Après le mot : « années », la fin du troisième alinéa de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« 2013 à 2016 est fixé à 1,65 % . »

Amendement AS 239 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 38

Compléter l'alinéa 3 par la phrase suivante :

« Ces appels d'offres peuvent être organisés à un niveau infra-départemental afin de tenir compte de l'offre de transports existante sur le territoire relevant de l'agence régionale de santé . ».

Amendement AS 240 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 40

À la première phrase de l'alinéa 2, après le mot : « généraliste », insérer les mots : « de plein exercice ».

Amendement AS 241 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 40

À la première phrase de l'alinéa 2, après le mot : « an », insérer les mots : « ou avec un assistant des hôpitaux exerçant à mi-temps et ayant accompli moins de deux ans de services effectifs à temps plein au sein d'un établissement, ».

Amendement AS 242 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 40

Compléter cet article par les sept alinéas suivants :

« III. – 1°) Après l'article L. 1435-3 du code de la santé publique, sont insérés trois articles L. 1435-3-1, L. 1435-3-2 et L. 1435-3-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 1435-3-1.* – Dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 1435-3, des praticiens hospitaliers mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 peuvent exercer tout ou partie de leur activité dans des structures ou auprès de professionnels de santé implantés dans des zones définies à l'article L. 1434-7, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

« Les conditions d'exercice de ces praticiens sont précisées dans le cadre d'une convention signée entre l'agence régionale de santé, l'établissement public de santé et la structure ou le professionnel de santé qui les accueille.

« *Art. L. 1435-3-2.* – Dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 1435-3, les médecins des centres de santé peuvent exercer tout ou partie de leur activité dans des structures ou auprès de professionnels de santé implantés dans des zones définies à l'article L. 1434-7, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

« *Art. L. 1435-3-3.* – L'agence régionale de santé peut conclure des conventions avec les organismes mentionnés à l'article L. 111-1 du code de la mutualité. Ces conventions prévoient la mise à disposition de professionnels de santé salariés par ces organismes dans des structures ou auprès de professionnels de santé implantés dans des zones définies à l'article L. 1434-7, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. » ;

« 2°) Après l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, est inséré un article L. 1435-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1435-5-1.* – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application de la présente section. » »

Amendement AS 243 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Après l'article 40

Insérer l'article suivant :

Au dernier alinéa de l'article L. 4322-1 du code de la santé publique, après le mot : « ans, », supprimer les mots : « dans des conditions fixées par décret et ».

Amendement AS 244 présenté par M. Christian Paul

Après l'article 18

Insérer l'article suivant :

À la fin du XXIX de l'article 37 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, l'année : « 2012 » est remplacée par l'année « 2013 ».

Amendement AS 245 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, Mmes Martine Pinville, Kheira Bouziane, Annie Le Houerou, Martine Carrillon-Couvreur et Marie-Françoise Clergeau

Article 41

À l'alinéa 3, après la dernière occurrence du mot : « établissements », insérer les mots : « et services ».

Amendement AS 246 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, Mmes Martine Pinville, Kheira Bouziane, Annie Le Houerou, Martine Carrillon-Couvreur et Marie-Françoise Clergeau

Article 41

À l'alinéa 3, substituer au mot : « hospitaliers », les mots : « de santé ».

Amendement AS 247 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, Mmes Martine Pinville, Kheira Bouziane, Annie Le Houerou, Martine Carrillon-Couvreur et Marie-Françoise Clergeau

Article 41

Compléter l'alinéa 3 par la phrase suivante :

« Il peut également être dérogé aux règles de facturation et de tarification applicables aux services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 et au 2° de l'article L. 313-1-2 assumant les missions de services polyvalent d'aide et de soins à domicile. ».

Amendement AS 248 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 41

Supprimer les deuxième et troisième phrases de l'alinéa 6.

Amendement AS 249 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 41

Après l'avant-dernière phrase de l'alinéa 6, insérer les deux phrases suivantes :

« Lorsque la personne concernée est hors d'état d'exprimer son accord dans ces conditions, le consentement de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique doit être obtenu. À défaut, les informations en cause ne peuvent pas être échangées. ».

Amendement AS 250 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 41

À la première phrase de l'alinéa 7, substituer aux mots : « , les agences régionales de santé, l'assurance maladie, les établissements hospitaliers, sociaux, et médico-sociaux ainsi que les collectivités territoriales et organismes participant », les mots : « et les participants ».

Amendement AS 251 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Après l'article 43

Insérer l'article suivant :

Après le mot « publique, », la fin de l'article L. 162-13-3 du code de sécurité sociale est ainsi rédigée :

« et en-dehors du règlement intérieur d'une société d'exercice libéral ou d'un contrat de coopération tel que défini à l'article L. 6212-6 du code de la santé publique, chaque laboratoire intervenant est tenu de remplir une feuille de soins d'actes de biologie médicale pour les actes qu'il a effectués. »

Amendement AS 252 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 45

À la première phrase de l'alinéa 2, après la première occurrence de la référence : « I, », insérer les mots : « et à titre exceptionnel, ».

Amendement AS 253 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 46

I. – Substituer à l'alinéa 1 l'alinéa suivant :

« I. Après l'article L. 5122-9-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5122-9-2 ainsi rédigé : ».

II. – En conséquence :

1° Au début de l'alinéa 2, supprimer la référence : « I. – » ;

2° Aux alinéas 5 et 8, substituer aux mots : « du I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé », les mots : « de l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique » ;

3° A l'alinéa 9, substituer aux mots : « au I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé », les mots : « à l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique » ;

4° Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« V. – Le I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est supprimé. »

Amendement AS 254 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 47

À l'alinéa 2, substituer aux mots : « et XXII », les mots : « , XXII et XXIV ».

Amendement AS 255 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 47

Après le mot : « mots », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 2 :

« à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} janvier 2016 ». ».

Amendement AS 256 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 50

À la dernière phrase de l'alinéa 2, supprimer les mots : « , qui entraîne la modification de l'autorisation initiale ».

Amendement AS 257 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Après l'article 56

Insérer l'article suivant :

I. – La section II du chapitre II du titre IV du livre IV du code des assurances est abrogée.

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

1° Après la dernière occurrence du mot « sociale », la fin du deuxième alinéa de l'article L. 726-2 est supprimée ;

2° À la dernière phrase de l'article L. 726-3, les mots « aux articles L. 731-30 et L. 75213 » sont remplacés par les mots « à l'article L. 752-13 » ;

3° Après le mot : « agricole », la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 731-10 est supprimée ;

4° L'article L. 731-30 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé : « Pour la couverture des risques mentionnés à l'article L. 732-3, les personnes mentionnées à l'article L. 722-10 sont assurées obligatoirement par les caisses de la mutualité sociale agricole. » ;

b) Le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « Toutefois, les assujettis peuvent contracter librement... (le reste sans changement) » ;

5° Les articles L. 731-31 à L. 731-33 et L. 732-7 sont abrogés.

III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2013. À cette date les personnes non salariées agricoles précédemment assurées par les organismes d'assurances autres que les caisses de mutualité sociale agricole se trouvent assurées d'office auprès de ces caisses.

Amendement AS 258 présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Après l'article 57

Insérer l'article suivant :

Avant le 31 mars 2013, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le dossier médical personnel. Ce rapport produit les résultats d'un audit portant sur le caractère opérationnel du dossier médical personnel et sa gestion par l'agence des systèmes d'information partagés de santé. Il formule des propositions quant à l'opportunité de la poursuite du projet.

Amendement AS 259 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et les commissaires membres du groupe SRC

Article 23

Supprimer l'alinéa 4.

Amendement AS 260 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et les commissaires membres du groupe SRC

Après l'article 23

Insérer l'article suivant :

I. – Après l'article 520 C du code général des impôts, il est inséré un article 520 D ainsi rédigé :

« Art. 520 D. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 mg de caféine pour 1 000 ml ou un seuil minimal de 300 mg de taurine pour 1000 ml, destinées à la consommation humaine.

« 1° Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2° Contenant des sucres ajoutés ;

« 3° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

II. – Le taux de la contribution est fixé à 200 € par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre

étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au *Journal officiel*.

« III. – 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui en réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I, dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV. – Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au 1° du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou à une exportation vers un pays tiers, acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier des dispositions du précédent alinéa, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et dans tous les cas au service des douanes dont ils dépendent, une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnée au précédent alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

« V. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais. » ;

II. – Après le 4° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Le produit de la contribution mentionnée à l'article 520 D du code général des impôts ; ».

Amendement AS 261 présenté par Mme Catherine Lemorton, présidente

Article 24

I. – Après l'alinéa 22, insérer les cinq alinéas suivants :

« 3° *bis* L'article L. 245-2 est ainsi modifié :

« a) Après le mot : « publicitaires », la fin du 3° du I est ainsi rédigée : « quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, à l'exception des frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent et des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant une spécialité pharmaceutique non inscrite sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L.162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. » ;

« b) Le I est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux alinéas précédents à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies ci-dessus parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités remboursables et agréées à l'usage des collectivités et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant au centième par défaut. » ».

II. – En conséquence, après l'alinéa 23, insérer les cinq alinéas suivants :

« 4° *bis* L'article L. 245-5-2 est ainsi modifié :

« a) Après le mot : « publicitaires, » la fin du 3° est ainsi rédigée : « quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, à l'exception des frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestation de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent. » ;

« b) Après le 3°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux alinéas précédents à hauteur du montant hors taxe facturé » ;

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies ci-dessus parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 et celui de l'ensemble des produits et prestations fabriqués, importés ou distribués par l'entreprise. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant au centième par défaut. » ».

Amendement AS 262 présenté par Mme Catherine Lemorton, présidente

Après l'article 45

Insérer l'article suivant :

1° L'article L. 5121-1-2 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de l'article 19 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle ne peut mentionner le nom d'un fabricant de médicaments. »

2° À la fin du VI de l'article 41 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année « 2014 ».