



N° 1470

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2013.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE  
LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2014* (n° 1412),

TOME VII

TABLEAU COMPARATIF

PAR MM. GÉRARD BAPT, CHRISTIAN PAUL, MME MARTINE PINVILLE,  
MM. MICHEL ISSINDOU, LAURENT MARCANGELI ET  
MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU,

Députés.

---

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 à 3, 6, 8 à 26, et 63 à 68** figurent dans le rapport de M. Gérard Bapt, sur les recettes et l'équilibre général (n° 1470, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **4, 5, 7, 27 à 46, et 48 à 50** figurent dans le rapport de M. Christian Paul, sur l'assurance maladie (n° 1470, tome II).

Le commentaire et les débats en commission sur l'article **47** figurent dans le rapport de Mme Martine Pinville, sur le secteur médico-social (n° 1470, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **51, 61 et 62** figurent dans le rapport de M. Michel Issindou, sur l'assurance vieillesse (n° 1470, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **52 à 54** figurent dans le rapport de M. Laurent Marcangeli, sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (n° 1470, tome V).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **55 à 60** figurent dans le rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau, sur la famille (n° 1470, tome VI).

Le tableau comparatif figure dans le fascicule n° 1170, tome VII.

## SOMMAIRE

---

	<b>Pages</b>
<b>TABLEAU COMPARATIF .....</b>	<b>5</b>
<b>ANNEXE 1 : TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI.....</b>	<b>191</b>
<b>ANNEXE 2 : RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI .....</b>	<b>197</b>
<b>ANNEXE 3 : DISPOSITIONS EN VIGUEUR COMPORTANT DES TABLEAUX..</b>	<b>211</b>



## TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

**Projet de loi de financement de la  
sécurité sociale pour 2014**

**Projet de loi de financement de la  
sécurité sociale pour 2014**

**PREMIÈRE PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES À  
L'EXERCICE 2012**

**PREMIÈRE PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES À  
L'EXERCICE 2012**

Article 1<sup>er</sup>

Article 1<sup>er</sup>

Au titre de l'exercice 2012, sont  
approuvés :

*(Sans modification)*

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

**Cf. tableau en annexe 1**

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

**Cf. tableau en annexe 1**

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

**Cf. tableau en annexe 1**

4° Les dépenses constatées  
relevant du champ de l'objectif national  
de dépenses d'assurance maladie,  
s'élevant à 170,1 ;

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

6° Les recettes mises en réserve  
par le Fonds de solidarité vieillesse,  
s'élevant à 0,4 milliard d'euros ;

7° Le montant de la dette amortie  
par la Caisse d'amortissement de la  
dette sociale, s'élevant à 11,9 milliards  
d'euros.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2012, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2012 figurant à l'article 1<sup>er</sup>.

Article 2

*(Sans modification)*

**DEUXIÈME PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES À  
L'EXERCICE 2013**

Article 3

À titre exceptionnel, il est prélevé au 31 décembre 2013 au plus tard, au profit de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, une somme de 200 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2012, du fonds pour l'emploi hospitalier institué par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur les salaires.

**DEUXIÈME PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES À  
L'EXERCICE 2013**

Article 3

*(Sans modification)*

Article 4

I. – A. – Il est institué une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale par les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Article 4

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

La participation est due par chaque organisme, mentionné au premier alinéa, en activité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle elle est perçue.

Elle est égale au produit d'un forfait annuel par le nombre d'assurés et ayants droit couverts par l'organisme, à l'exclusion des bénéficiaires de la couverture complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, au 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est perçue et pour lesquels ce dernier a pris en charge, au cours de cette même année, au moins une fois, en tout ou partie, la participation de l'assuré due au titre d'une consultation ou d'une visite du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du même code.

Le montant du forfait annuel est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Il est égal au résultat de la division d'un montant de 150 millions d'euros par le nombre d'assurés et ayants droit remplissant les conditions définies à l'alinéa précédent, sans pouvoir excéder la limite de 5 euros. Le résultat obtenu est arrondi au centime d'euro le plus proche.

Les modalités d'échange des données nécessaires à la détermination du montant du forfait annuel, notamment les effectifs des assurés et des ayants droit remplissant les conditions définies au troisième alinéa, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

B. – Par dérogation aux dispositions du A, pour le calcul de la participation due au titre de l'année 2013, le forfait annuel par assuré ou ayant droit est fixé à 2,5 euros.

II. – La participation est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, concomitamment au recouvrement de cette taxe sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'État. Elle est

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p><b>Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2012</b></p>	<p>contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues pour la même taxe.</p> <p>III. – La participation mentionnée au I est due pour chacune des années 2013 à 2016.</p>	<p>Article 5</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Art. 73. – I. – 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>Article 5</p> <p>I. – L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires restitue aux régimes obligatoires d'assurance maladie, avant le 31 décembre 2013, une fraction des dotations qui lui ont été attribuées au titre des exercices 2010 à 2012 égale à 27 623 999,18 €. Ce montant est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui le répartit entre les régimes dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.</p>	
<p>II. – 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 124 millions d'euros pour l'année 2013.</p>	<p>II. – L'article 73 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :</p>	
<p>III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 22,2 millions d'euros pour l'année 2013.</p> <p>.....</p>	<p>1° Au I, le montant : « 370,27 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 343,47 millions d'euros » ;</p> <p>2° Au II, le montant : « 124 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 139 millions d'euros » ;</p>	



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Article 6

Article 6

Au titre de l'année 2013, sont rectifiées :

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

**Cf. tableau en annexe 1**

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

**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 ainsi qu'il suit :

**Cf. tableau en annexe 1**

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 12,6 milliards d'euros ;

5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites qui demeurent fixées conformément au II de l'article 35 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

*II. – Les ...*

*... 2013 ;*

*III. – Les ...*

6° Les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse qui demeurent fixées conformément au III du même article.

*... article.*

**Amendement AS351**

Article 7

Article 7

Au titre de l'année 2013, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

**Cf. tableau en annexe 1**

*Cf. tableau modifié en annexe 1*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Code de la sécurité sociale**

**TROISIÈME PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX  
RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE  
FINANCIER DE LA SÉCURITÉ  
SOCIALE POUR L'EXERCICE 2014**

**TROISIÈME PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX  
RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE  
FINANCIER DE LA SÉCURITÉ  
SOCIALE POUR L'EXERCICE 2014**

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 8

Article 8

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

*(Sans modification)*

A. – L'article L. 136-7 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

Art. L. 136-7. – I. – Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les produits de placements sur lesquels sont opérés les prélèvements prévus au II de l'article 125-0 A du code général des impôts, aux II, III, second alinéa du 4° et deuxième alinéa du 9° du III bis de l'article 125 A du même code, ainsi que les produits de placements mentionnés au I du même article 125 A et ceux mentionnés au I de l'article 125-0 A du même code retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu lorsque la personne qui en assure le paiement est établie en France, sont assujettis à une contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 ou des 3° et 4° du II du présent article.

– après les mots : « II de l'article 125-0 A », les mots : « du code général des impôts » sont supprimés ;

– après les mots : « III bis de l'article 125 A », sont insérés les mots : « et au I de l'article 125 D » ;

– les mots : « au I du même article 125 A et ceux mentionnés au I de l'article 125-0 A » sont remplacés par les mots : « aux I des articles 125 A et 125-0 A » ;

Sont également assujettis à cette contribution :

**Dispositions en vigueur**

1° Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les revenus distribués mentionnés au 1° du 3 de l'article 158 du même code dont le paiement est assuré par une personne établie en France et retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 du présent code. Le présent 1° ne s'applique pas aux revenus perçus dans un plan d'épargne en actions défini au 5° du II du présent article ;

2° Les plus-values mentionnées aux articles 150 U à 150 UC du code général des impôts.

.....

IV. – 1. La contribution sociale généralisée due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement mentionnés au présent article, à l'exception de celle due sur les revenus et plus-values mentionnés aux 1° et 2° du I, fait l'objet d'un versement déterminé sur la base du montant des revenus de placement soumis l'année précédente à la contribution sociale généralisée au titre des mois de décembre et janvier.

Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 25 septembre pour 80 % de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les 20 % restants. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après ces dates par l'État aux organismes affectataires.

**Texte du projet de loi**

b) Au 1°, après le mot : « impôts, », sont insérés les mots : « les revenus distribués sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 117 quater du même code, ainsi que » ;

2° Le dernier alinéa du 1° du IV est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée :

« Son paiement intervient le 15 octobre au plus tard pour 97 % de son montant. » ;

b) À la dernière phrase, les mots : « ces dates » sont remplacés par les mots : « cette date » ;

B. – Le premier alinéa de l'article L. 245-15 est ainsi modifié :

**Propositions de la Commission**

<b>Dispositions en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Propositions de la Commission</b>
<p>Art. L. 245-15. – Les produits de placement assujettis à la contribution prévue aux I à II de l'article L. 136-7 sont assujettis à un prélèvement social.</p>	<p>1° Les mots : « assujettis à la contribution prévue aux I et II de » sont remplacés par les mots : « mentionnés à » ;</p>	
<p>Les dispositions des III à VI de ce même article sont applicables au prélèvement mentionné à l'alinéa précédent.</p>	<p>2° Il est complété par les mots : « dont l'assiette est celle définie à cet article. »</p>	
<b>Code de l'action sociale et des familles</b>	<p>II. – Le 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 14-10-4. – Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :</p>	<p>1° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :</p>	
<p>.....</p> <p>2° 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 sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;</p> <p>.....</p>	<p>« L'assiette de ces contributions additionnelles est celle définie à ces articles. » ;</p>	
<b>Code général des impôts</b>	<p>2° À la deuxième phrase, le mot : « assises, » est supprimé</p>	
<p>Art. 1600-0 S. – I. – II est institué :</p>	<p>III. – Le dernier alinéa du II de l'article 1600-0 S du code général des impôts est ainsi modifié :</p>	
<p>1° Un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale ;</p>		
<p>2° Un prélèvement de solidarité sur les produits de placement mentionnés à l'article L. 136-7 du même code.</p>		

**Dispositions en vigueur**

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 même 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. 136-7 du code de la sécurité sociale.

**Ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale**

Art. 16. – I. – Il est institué, à compter du 1<sup>er</sup> février 1996, une contribution prélevée sur les produits de placement désignés aux I et I bis de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3° et 4° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale. Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues aux V et VI du même article.

II. – Sont également soumis à la contribution mentionnée au I les produits de placement mentionnés au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale pour la partie acquise à compter du 1<sup>er</sup> février 1996 et, le cas échéant, constatée à compter de la même date en ce qui concerne les placements visés aux 3° à 9° du même II.

Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues aux III, III bis et V de l'article L. 136-7 du même code.

**Texte du projet de loi**

1° Le mot : « assis, » est supprimé ;

2° Il est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'assiette de ce prélèvement est celle définie à cet article. »

IV. – L'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « placement », la fin du I est ainsi rédigée : « mentionnés à l'article L. 136-7 dont l'assiette est celle définie à cet article. » ;

2° Le II est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. – Les III à VI de ce même article sont applicables à la contribution mentionnée au I. »

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

**Code de la sécurité sociale**

**Texte du projet de loi**

V. – Les taux mentionnés au 2° du I de l'article L. 136-8 et I de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale s'appliquent à la totalité de l'assiette définie au II de l'article L. 136-7 du même code.

VI. – A. – Le A du I du présent article et le 2° du IV du présent article, en tant qu'il rend le IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale applicable à la contribution mentionnée au I de l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée, entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

B. – Sous réserve du A du présent VI en tant qu'il concerne le 2° du IV du présent article, les B du I et II à V du présent article s'appliquent aux faits générateurs intervenant à compter du 26 septembre 2013, nonobstant les articles 5 et 9 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998, l'article 19 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, l'article 72 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'article 28 de la loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion, l'article 6 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, l'article 10 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011, l'article 2 de la loi n° 2012-354 du 14 mars 2012 de finances rectificative pour 2012 et l'article 3 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

VII. – A. – Sont applicables à Mayotte, à compter de l'imposition des revenus perçus au cours de l'année 2013, la contribution prévue à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et les autres contributions et prélèvements assis, contrôlés et recouvrés selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions.

**Propositions de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<b>Code rural et de la pêche maritime</b>	<p>B. – S’appliquent à Mayotte, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, la contribution prévue à l’article L. 136-7 du même code et les autres contributions et prélèvements assis, contrôlés et recouvrés selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions.</p> <p>C. – Le 3<sup>o</sup> du I de l’article 28-3 de l’ordonnance n<sup>o</sup> 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 est abrogé pour les revenus perçus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.</p> <p style="text-align: center;">Article 9</p> <p>I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p> <p>A. – L’article L. 731-14 est ainsi modifié :</p>	<p style="text-align: center;">Article 9</p> <p style="text-align: center;"><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Art. L. 731-14 – Sont considérés comme revenus professionnels pour la détermination de l’assiette des cotisations dues au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles :</p>	<p>1<sup>o</sup> Les revenus soumis à l’impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices agricoles ;</p> <p>2<sup>o</sup> Les revenus provenant des activités non-salariées agricoles mentionnées à l’article L. 722-1 et soumis à l’impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux ;</p> <p>3<sup>o</sup> Les rémunérations allouées aux gérants et associés de certaines sociétés, provenant des activités non-salariées agricoles mentionnées à l’article L. 722-1 et soumises à l’impôt sur le revenu dans la catégorie visée à l’article 62 du code général des impôts.</p>	<p>1<sup>o</sup> Après le quatrième alinéa, il est inséré quatre alinéas ainsi rédigés :</p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

« 4° Pour leurs montants excédant 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant qu'ils détiennent en pleine propriété ou en usufruit :

« a) Les revenus de capitaux mobiliers définis par les articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou ses enfants mineurs non émancipés ainsi que les revenus mentionnés au 4° de l'article 124 du même code perçus par ces mêmes personnes ;

« b) En cas d'exploitation sous la forme d'une société passible de l'impôt sur le revenu, la part des revenus mentionnés aux 1° et 2° perçus par le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par les enfants mineurs non émancipés du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, lorsqu'ils sont associés de la société.

« Un décret en Conseil d'État précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du 4° ci-dessus ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant. » ;

Les chefs d'exploitation agricole à titre individuel sont autorisés, sur option, à déduire des revenus mentionnés au 1° le montant, excédant l'abattement ci-après défini, du revenu cadastral des terres mises en valeur par ladite exploitation et dont ils sont propriétaires. Cet abattement est égal à 4 % des revenus mentionnés au 1° diminués du revenu cadastral desdites terres et multipliés par un coefficient égal au revenu cadastral de ces dernières divisé par le revenu cadastral de l'ensemble des terres mises en valeur par l'exploitation. L'abattement est d'au moins 2 000 F.

Les dispositions du précédent alinéa sont applicables dans les mêmes conditions aux associés personnes physiques des sociétés visées à l'article 8 du code général des impôts pour les terres mises en valeur par lesdites



**Dispositions en vigueur**

sociétés lorsque celles-ci sont inscrites à l'actif de leur bilan.

Un décret détermine les conditions dans lesquelles les chefs d'exploitation agricole peuvent opter pour la déduction prévue au cinquième alinéa, la durée de validité de cette option et les justificatifs qu'ils doivent fournir à la caisse de mutualité sociale agricole dont ils relèvent.

Art. L. 731-17. – L'assiette des cotisations est déterminée forfaitairement dans des conditions fixées par décret lorsque les personnes non salariées des professions agricoles ayant la qualité de gérant ou d'associé de société ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu dans l'une des catégories mentionnées à l'article L. 731-14.

**Texte du projet de loi**

2° Au dernier alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « neuvième ».

B. – Les dispositions du A s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, sous réserve des dispositions transitoires suivantes :

1° Les revenus mentionnés au 4° de l'article L. 731-14 sont pris en compte pour 75 % de leur montant pour le calcul de l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2014 ;

2° Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du premier alinéa de l'article L. 731-15, l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2014 est constituée par la moyenne des revenus professionnels des 1° à 3° de l'article L. 731-14 à laquelle sont ajoutés 75 % des revenus mentionnés au 4° du même article perçus en 2013 ;

3° Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du premier alinéa de l'article L. 731-15, l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2015 est constituée par la moyenne des revenus professionnels des 1° à 3° de l'article L. 731-14 à laquelle est ajoutée la moyenne des revenus mentionnés au 4° du même article perçus en 2013 et 2014.

C. – L'article L. 731-17 est abrogé.

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Code de la sécurité sociale**

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

Art. L. 136-7. – I. – Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les produits de placements sur lesquels sont opérés les prélèvements prévus au II de l'article 125-0 A du code général des impôts, aux II, III, second alinéa du 4° et deuxième alinéa du 9° du III bis de l'article 125 A du même code, ainsi que les produits de placements mentionnés au I du même article 125 A et ceux mentionnés au I de l'article 125-0 A du même code retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu lorsque la personne qui en assure le paiement est établie en France, sont assujettis à une contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 ou des 3° et 4° du II du présent article.

A. – Au premier alinéa, les mots : « de l'article L. 136-3 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 136-3 et L. 136-4 ».

Sont également assujettis à cette contribution :

1° Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les revenus distribués mentionnés au 1° du 3 de l'article 158 du même code dont le paiement est assuré par une personne établie en France et retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 du présent code. Le présent 1° ne s'applique pas aux revenus perçus dans un plan d'épargne en actions défini au 5° du II du présent article ;

B. – À la première phrase du 1°, les mots : « de l'article L. 136-3 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 136-3 et L. 136-4 ».

III. – Il est prélevé au 1<sup>er</sup> janvier 2014, au profit du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire prévu par l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime, une somme de 160 millions d'euros sur les réserves mentionnées au 3° du III de l'article 37 de la loi n° 2012-1404 du

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur les salaires.

IV. – La Caisse nationale d’allocations familiales et les branches mentionnées au 2° et 3° de l’article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime versent en début d’exercice au régime d’assurance vieillesse complémentaire obligatoire institué par l’article L. 732-56 du même code une quote-part des droits mentionnés au 5° de l’article L. 731-2, au 3° de l’article L. 731-3 du même code et à l’article 575 du code général des impôts dont ils sont attributaires, à hauteur de la prévision annuelle du surplus de recettes résultant du présent article, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de l’agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font l’objet d’une régularisation lors du versement de l’année suivante.

**Code de la sécurité sociale**

Article 10

Article 10

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

*(Sans modification)*

Art. L. 613-1. – Sont obligatoirement affiliés au régime d’assurance maladie et d’assurance maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles :

8° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d’habitation meublés ou destinés à être loués meublés à titre professionnel au sens du VII de l’article 151 septies du code général des impôts, à l’exclusion de celles relevant de l’article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime.

1° Au 8° de l’article L. 613-1, les mots : « VII de l’article 151 septies » sont remplacés par les mots : « 2 du IV de l’article 155 » ;

2° L’article L. 633-10 est ainsi modifié :

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 633-10. – 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.

Le montant du plafond est celui fixé en matière d'assurance vieillesse du régime général en application du premier alinéa de l'article L. 241-3. Le taux de cotisation est égal au total de ceux fixés en application des deuxième et quatrième alinéas dudit article.

Un décret fixe les conditions d'application des alinéas précédents.

Les cotisations du conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce sont calculées, à sa demande :

1° Soit sur un revenu forfaitaire ou sur un pourcentage du revenu d'activité du chef d'entreprise ;

2° Soit, avec l'accord du chef d'entreprise, sur une fraction du revenu d'activité de ce dernier qui est déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6, du revenu d'activité du chef d'entreprise pris en compte pour déterminer l'assiette de sa cotisation d'assurance vieillesse.

Les dispositions de l'article L. 131-6-1 sont applicables aux cotisations dues par le conjoint collaborateur, sur sa demande ou sur celle du chef d'entreprise. Elles ne sont pas applicables au conjoint adhérent, à la date d'entrée en vigueur de l'article 15 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, à l'assurance volontaire vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles, en application des dispositions de l'article L. 742-6.

**Texte du projet de loi**

a) Au premier alinéa, les mots : « , dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret » sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ces cotisations sont assises pour partie sur le revenu d'activité dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 et pour partie sur la totalité du revenu d'activité. Le taux des cotisations assises sur le revenu d'activité plafonné et celui des cotisations assises sur la totalité du revenu d'activité sont fixés par décret. La somme de ces taux est égale à la somme des taux fixés en application des deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 241-3. » ;

c) Les troisième et dernier alinéas sont supprimés.

**Propositions de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Les modalités d'application des 1° et 2° sont fixées par décret.</p>	<p>Article 11</p>	<p>Article 11</p>
<p>Art. L. 161-45. – La Haute Autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est arrêté par le collège sur proposition du directeur.</p>	<p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par :</p>		
<p>1° Des subventions de l'État ;</p>		
<p>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 des conditions fixées par décret. 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 ;</p>		
<p>3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;</p>	<p>A. – Le 4° de l'article L. 161-45 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>4° Une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-5-1 A ;</p>	<p>« 4° Des produits divers, des dons et legs. »</p>	
<p>4° bis Une fraction égale à 44 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-5-1 ;</p>	<p>B. – Les 4° bis, 5° et 6° de l'article L. 161-45 sont abrogés.</p>	
<p>5° Le montant des taxes mentionnées à l'article L. 165-11 du présent code ainsi qu'aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;</p>		
<p>6° Des produits divers, des dons et legs.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 165-11. – IV bis. – Toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un produit de santé sur la liste prévue au I est accompagnée du versement d'une taxe dont le barème est fixé par décret dans la limite de 5 580 €</p>	<p>C. – Le IV bis de l'article L. 165-11 est abrogé.</p>	
<p>Art. L. 241-2 – Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :</p>	<p>D. – L'article L. 241-2 est ainsi modifié :</p>	
<p>6° (Abrogé) ;</p>	<p>1° Il est rétabli un 6° ainsi rédigé :</p>	
<p>7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 R et 1635 bis AE du code général des impôts et les droits perçus au titre de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ;</p>	<p>« 6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ; »</p>	
<p>8° Une fraction du produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts.</p>	<p>2° Au 7°, les mots : « 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 R et 1635 bis AE » sont remplacés par les mots : « 1600-0 O, 1600-0 R, 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH ».</p>	
<p>Art. L. 245-1 – Il est institué au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et de la Haute Autorité de santé une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 596 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 dernier 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.</p>	<p>E. – Aux articles L. 245-1 et L. 245-5-1, les mots : « et de la Haute Autorité de santé » sont supprimés.</p>	
<p>Art. L. 245-1-1 – Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et de la Haute Autorité de santé une contribution des entreprises assurant</p>		

## Dispositions en vigueur

la fabrication, l'importation ou la distribution en France de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits aux titres Ier et III de la liste prévue à l'article L. 165-1.

## Code de la santé publique

Art. L. 5123-5. – Toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un médicament mentionné à l'article L. 5121-8 sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des médicaments pris en charge et utilisés par les collectivités publiques, dans les conditions mentionnées aux articles L. 5123-2 et suivants, donne lieu, au profit de la Haute Autorité de santé, à la perception d'une taxe à la charge du demandeur.

Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 euros, par arrêté des ministres chargés du budget, de l'économie et des finances, de la santé et de la sécurité sociale. Le montant de la taxe perçue à l'occasion d'une demande de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription est fixé dans les mêmes conditions, dans les limites respectives de 60 % et 20 % de la taxe perçue pour une demande d'inscription.

Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État.

Art. L. 5211-5-1. – Toute demande d'inscription d'un dispositif médical à usage individuel sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est accompagnée du versement

## Texte du projet de loi

II. – Les articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique sont abrogés.

## Propositions de la Commission

*II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :*

A. – Les articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 sont abrogés.

**Amendement AS282**

**Dispositions en vigueur**

d'une taxe dont le barème est fixé par décret dans la limite de 5 580 euros.

Son montant est versé à la Haute Autorité de santé.

Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État.

Art. L. 5522-1. – Les titres Ier et II, à l'exception de l'article L. 5211-5-1, ainsi que le titre III du livre II de la présente partie sont applicables à Wallis-et-Futuna, sous réserve des adaptations définies au présent chapitre.

**Code général des impôts**

**Texte du projet de loi**

III. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

A. – À la section V quinquies du chapitre III du titre III de la deuxième partie du livre I<sup>er</sup> du code général des impôts sont ajoutés les articles 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH ainsi rédigés :

« Art. 1635 bis AF. – I. – Est subordonné au paiement d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un médicament mentionné à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des médicaments pris en charge et utilisés par les collectivités publiques, dans les conditions mentionnées aux articles L. 5123-2 et suivants du code de la santé publique.

« II. – Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 € par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. Le montant de la taxe perçue à l'occasion d'une demande de renouvellement

**Propositions de la Commission**

*B. – À l'article L. 5522-1, les mots : « , à l'exception de l'article L. 5211-5-1, » sont supprimés.*

**Amendement AS282**

« Art. 1635 bis AF. – ...

... L. 5123-2 à L. 5123-5 du code de la santé publique.

**Amendement AS283**



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

d'inscription ou de modification d'inscription est fixé dans les mêmes conditions, dans les limites respectives de 60 % et de 20 % de la taxe perçue pour une demande d'inscription.

« III. – Le versement de la taxe est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. La taxe est recouvrée et contrôlée selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.

« Art. 1635 bis AG. – I. – Est subordonné au paiement d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un produit de santé sur la liste prévue au I de l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale.

« II. – Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 € par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

« III. – Le versement de la taxe est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. La taxe est recouvrée et contrôlée selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.

« Art. 1635 bis AH. – I. – Est subordonné au paiement d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription d'un dispositif médical à usage individuel sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

« II. – Le montant de cette taxe est fixé, dans la limite de 5 600 € par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

« III. – Le versement de la taxe est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. La taxe est recouvrée et contrôlée selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. »

## Dispositions en vigueur

Art. 1647. – III bis. – Pour frais d’assiette et de recouvrement, l’État effectue un prélèvement de 0,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés à l’article 1635 bis AE.

### Livre des procédures fiscales

#### Titre II

#### Le contrôle de l’impôt

#### Chapitre III

#### Le secret professionnel en matière fiscale

#### Section 2

#### Dérogations à la règle du secret professionnel

#### VII. Dérogations au profit d’organismes divers

8° : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Art. L. 166D. – L’administration chargée du recouvrement des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts transmet à l’agence mentionnée à l’article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de ces taxes, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret : le nom de l’établissement, l’identifiant SIRET, l’adresse de l’établissement principal ou du siège du redevable et le montant acquitté pour chacune des taxes précitées. Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l’article 226-13 du code pénal.

## Texte du projet de loi

B. – Au III bis de l’article 1647, les mots : « aux articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés à l’article 1635 bis AE » sont remplacés par les mots : « aux articles 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés aux articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH ».

IV. – Dans l’intitulé du 8° du VII du chapitre III du titre II de la première partie du livre des procédures fiscales, les mots : « produits de santé » sont remplacés par les mots : « produits de santé et Haute Autorité de santé ».

V. – L’article L. 166 D du livre des procédures fiscales est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

## Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

L'administration chargée du recouvrement du droit prévu à l'article 1635 bis AE du code général des impôts et l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique se transmettent spontanément ou sur demande les informations relatives aux droits perçus au titre de l'article 1635 bis AE du code général des impôts et aux quittances établies conformément à ce même article 1635 bis AE.

**Texte du projet de loi**

2° Après le deuxième alinéa, il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :

« L'administration chargée du recouvrement des taxes prévues aux articles 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du code général des impôts et la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale se transmettent spontanément ou sur demande les informations relatives aux taxes prévues aux articles 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du code général des impôts.

« Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal. »

**Article 12**

I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

A. – L'article 238 bis GC est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 238 bis GC. – Les contributions dues par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés conformément aux dispositions du IX de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale. »

**Propositions de la Commission**

**Article 12**

**Code général des impôts**

Art. 238 bis GC. – La contribution des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

## Dispositions en vigueur

Art. 1600-0 N. – 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 soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

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'autorisation 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.

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.

## Texte du projet de loi

B. – L'article 1600-0 N est abrogé. La taxe mentionnée à cet article demeure cependant exigible pour toutes les ventes de médicaments et de produits de santé réalisées jusqu'au 31 décembre 2013.

## Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

IV. – Le montant de la taxe est fixé forfaitairement pour chaque médicament ou produit de santé mentionné au II à :

a) 499 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 000 € et 76 000 €;

b) 1 636 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 76 001 € et 380 000 €;

c) 2 634 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 380 001 € et 760 000 €;

d) 3 890 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 760 001 € et 1 500 000 €;

e) 6 583 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 500 001 € et 5 000 000 €;

f) 13 166 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 5 000 001 € et 10 000 000 €;

g) 19 749 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 10 000 001 € et 15 000 000 €;

h) 26 332 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 15 000 001 € et 30 000 000 €;

i) 33 913 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est supérieur à 30 000 000 €

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.

Art. 1600-0 Q. – I. – Les redevables des taxes mentionnées au I des articles 1600-0 N, 1600-0 O et 1600-0 P déclarent ces taxes sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois

**Texte du projet de loi**

C. – L'article 1600-0 Q est ainsi modifié :

1° Aux premier et deuxième alinéas du I et au II, les mots : « 1600-0 N, » sont supprimés ;

**Propositions de la Commission**

## Dispositions en vigueur

de mars ou du premier trimestre de l'année civile. Le montant de chacune des taxes concernées est acquitté lors du dépôt de la déclaration.

Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A déclarent et acquittent les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 N, 1600-0 O et 1600-0 P lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287.

II. – Les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 N, 1600-0 O et 1600-0 P sont constatées, recouvrées et contrôlées selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe.

III. – Lorsque les redevables des taxes mentionnées au même I ne sont pas établis dans un État membre de l'Union européenne ou dans tout autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen et ayant conclu une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscales, ils sont tenus de faire accréditer auprès du service des impôts compétent un représentant assujéti à la taxe sur la valeur ajoutée établi en France qui s'engage à remplir les formalités incombant à ces redevables et, en cas d'opération imposable, à acquitter les taxes à leur place.

Ce représentant tient à la disposition de l'administration fiscale de manière séparée la comptabilité afférente aux ventes de médicaments et produits de santé mentionnés au II de l'article 1600-0 N et celle afférente aux ventes des dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O et aux produits mentionnés au II de l'article 1600-0 P.

## Texte du projet de loi

2° Au III, les mots : « de manière séparée » et « afférente aux ventes de médicaments et produits de santé mentionnés au II de l'article 1600-0 N et celle » sont supprimés.

## Propositions de la Commission

3° Il est complété par un IV ainsi rédigé :

## Dispositions en vigueur

Art. 1647. – III bis. – Pour frais d’assiette et de recouvrement, l’État effectue un prélèvement de 0,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés à l’article 1635 bis AE.

### Livre des procédures fiscales

Art. L. 166D. – L’administration chargée du recouvrement des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts transmet à l’agence mentionnée à l’article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de ces taxes, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret : le nom de l’établissement, l’identifiant SIRET, l’adresse de l’établissement principal ou du siège du redevable et le montant acquitté pour chacune des taxes précitées. Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l’article 226-13 du code pénal.

### Code de la santé publique

Art. L. 5121-18. – Les redevables des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts adressent à l’agence mentionnée à l’article L. 5311-1 du présent code et au comité économique des produits de santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l’année civile précédente pour les médicaments, produits de santé, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro donnant lieu au paiement de

## Texte du projet de loi

D. Au III bis de l’article 1647, la référence : « 1600-0 N, » est supprimée.

II. – À l’article L. 166 D du livre des procédures fiscales, les mots : « des taxes prévues aux articles 1600-0 N et » sont remplacés par les mots : « de la taxe prévue à l’article ».

## Propositions de la Commission

*IV. – Lorsque le montant des taxes mentionnées aux articles 1600-0 O et 1600-0 P est inférieur ou égal à 300 €, les redevables sont dispensés du paiement de la taxe ainsi que du dépôt de la déclaration mentionnée au I.*

**Amendement AS357**

**Alinéa supprimé**

**Amendement AS285**

**Alinéa supprimé**

**Amendement AS286**

**Dispositions en vigueur**

chacune de ces taxes, ainsi qu'à leur régime de prise en charge ou de remboursement. Les déclarations sont établies conformément aux modèles fixés par décision du directeur général de l'agence mentionnée au même article L. 5311-1. Les redevables de la taxe prévue à l'article 1600-0 P du code général des impôts adressent, au plus tard le 31 mars de chaque année, à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code une déclaration établie conformément au modèle fixé par décision du directeur de l'agence mentionnée au même article L. 5311-1, fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les produits cosmétiques donnant lieu au paiement de la taxe.

**Code de la sécurité sociale**

Art. L 241-2. – Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :

7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 R et 1635 bis AE du code général des impôts et les droits perçus au titre de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ;

8° Une fraction du produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts.

Art. L 245-2. – II. – Il est procédé sur l'assiette définie au I :

1° À un abattement forfaitaire égal à 2,5 millions d'euros, à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I et à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3° du même I. L'abattement forfaitaire 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 ;

**Texte du projet de loi**

III. – Au premier alinéa de l'article L. 5121-18 du code de la santé publique, les mots : « Les redevables des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « Les redevables de la contribution prévue au I de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale et de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts » et après les mots : « de chacune de ces taxes », sont insérés les mots : « ou contributions ».

IV – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – Au 7° de l'article L. 241-2, la référence : « 1600-0 N » est supprimée.

**Propositions de la Commission**

**Alinéa supprimé**

**Amendement AS284**



**Dispositions en vigueur**

2° À un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif décidé en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites 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 ;

Section 2 bis

Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie

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 au 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

**Texte du projet de loi**

B. – Au 2° du II de l'article L. 245-2, après les mots : « en application de l'article L. 162-16 du présent code », sont insérés les mots : « ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique ».

C. Dans le titre de la section 2 bis du chapitre V du titre IV du livre II, les mots : « prises en charge par l'assurance maladie » sont supprimés.

D. D. – L'article L. 245-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 245-6. – I. – Il est institué 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.

« II. – La contribution prévue au I du présent article 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 :

« 1° D'un enregistrement au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ;

**Propositions de la Commission**

## Dispositions en vigueur

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

## Texte du projet de loi

« 2° D'une autorisation de mise sur le marché au sens de l'article L. 5121-8 du même code délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 ;

« 3° 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'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;

« 4° D'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code.

« III. – Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article :

« 1° Les 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 ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique ;

## Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

« 2° Les 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.

« IV. – Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution prévue au I du présent article 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.

« V. – Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,2 %.

« VI. – Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I du présent article est instituée pour les seules 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.

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.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

La contribution est versée de manière provisionnelle le 1<sup>er</sup> juin 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 1<sup>er</sup> mars 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.

« VII. – La contribution additionnelle prévue au VI du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux II, III et IV du présent article et inscrites 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.

« VIII. – Le taux de la contribution additionnelle prévue au VI est de 1,6 %.

« IX. – Les contributions prévues au I et au VI du présent article sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

« X. – Les contributions prévues au I et au VI du présent article sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1<sup>er</sup> juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1<sup>er</sup> mars de l'année suivant celle au titre de laquelle les contributions sont dues

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

V. – Le D du IV du présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Article 13

Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2014 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux K est fixé à 0,4 %.

Article 13

*(Sans modification)*

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p align="center">—</p> <p align="center"><b>Ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale</b></p>	<p align="center">Article 14</p> <p>Le II quinquies de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, les mots : « des déficits des exercices 2011 à 2018 de la branche mentionnée au 3° » sont remplacés par les mots : « des déficits des exercices 2011 à 2017 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° » et après les mots : « à l'article L. 135-1 du même code », sont insérés les mots : « déduction faite de la part des déficits de l'exercice 2011 couverte en application du II quater »</p> <p>2° Les deux dernières phrases du premier alinéa sont remplacées par les mots : « Les versements, dont les dates et montants sont fixés par décret et qui peuvent faire l'objet d'acomptes provisionnels, interviennent au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012. » ;</p> <p>3° Le second alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Dans le cas où le montant des déficits mentionnés à l'alinéa précédent excède les plafonds qui y sont cités, les transferts sont affectés, par priorité, à la couverture des déficits de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, puis de ceux du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, puis des déficits les plus anciens de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code et enfin des déficits de la branche mentionnée au 4° du même article. »</p>	<p align="center">Article 14</p> <p align="center"><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Art. 4. – II quinquies. – La couverture des déficits des exercices 2011 à 2018 de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 62 milliards d'euros sur la période et dans la limite de 10 milliards par an. Les versements interviennent au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012. Leurs dates et montants sont fixés par décret.</p> <p>Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 62 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, en priorité à la branche mentionnée au 3° du même article L. 200-2.</p>	<p align="center">Article 15</p> <p>I. – Le 4° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p align="center">Article 15</p>

**Dispositions en vigueur**

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° Le solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionné au second alinéa de l'article L. 651-2-1 ainsi que les produits financiers mentionnés à ce même alinéa ;

Art. L. 137-13. – I. – Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires, une contribution due par les employeurs :

- sur les options consenties dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ;

- sur les actions attribuées dans les conditions prévues aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-5 du même code.

**Texte du projet de loi**

« 4° Le solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionné au second alinéa de l'article L. 651-2-1, les produits financiers mentionnés à ce même alinéa, ainsi que le reliquat du produit au titre des exercices antérieurs à 2011, dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ; ».

II. – À l'article L. 137-13 du même code, les mots : « des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires » sont remplacés par les mots : « de la Caisse nationale des allocations familiales ».

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 137-14. – Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires, une contribution salariale de 10 % assise sur le montant des avantages définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A du code général des impôts.

Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du présent code.

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.

Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6.

Art. L. 137-19. – Il est institué, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un prélèvement sur le produit des appels à des numéros surtaxés effectués dans le cadre des programmes télévisés et radiodiffusés comportant des jeux et concours.

Art. L. 137-24. – Le produit des prélèvements prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 est affecté à concurrence de 5 % et dans la limite du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé mentionné à l'article L. 1417-1 du code de la santé publique.

**Texte du projet de loi**

III. – À l'article L. 137-14 du même code, les mots : « des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires » sont remplacés par les mots : « de la Caisse nationale des allocations familiales ».

IV. – À l'article L. 137-18 du même code, les mots : « aux régimes obligatoires d'assurance maladie dont ils relèvent » sont remplacés par les mots : « à la Caisse nationale des allocations familiales ».

V. – À l'article L. 137-19 du même code, les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « Caisse nationale des allocations familiales ».

**Propositions de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Afin de permettre notamment la prise en charge des joueurs pathologiques, le surplus du produit de ces prélèvements est affecté aux régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code.</p>	<p>VI. – Le deuxième alinéa de l'article L. 137-24 du même code est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>« Le surplus de ces prélèvements est affecté à la Caisse nationale des allocations familiales ».</p>
<p>Art. L. 139-1. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV et du V de l'article L. 136-8 et des articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 et la répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.</p>	<p>VII. – À l'article L. 139-1 du même code, les mots : « et des articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 » sont supprimés.</p>	
<p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p>	<p>VIII. – Le 9° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :</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>« 9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010, 1609 viciés et 1618 septies du code général des impôts ;</p>	
<p>9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010, 1609 viciés et 1618 septies du code général des impôts ;</p>	<p>IX. – L'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>		
<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</p>		



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :</p>	<p>1° Au 1°, le taux : « 56,8 % » est remplacé par le taux : « 53,5 % », le taux : « 27,1 % » est remplacé par le taux : « 27,5 % » et le taux : « 16,1 % » est remplacé par le taux : « 19 % » ;</p>	
<p>- à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 56,8 % ;</p>		
<p>- à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 27,1 % ;</p>		
<p>-au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 16,1 % ;</p>		
<p>7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :</p>		
<p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 68,14 % ;</p>	<p>2° Au 7°, le taux : « 68,14 % » est remplacé par le taux : « 60 % » et le taux : « 9,46 % » est remplacé par le taux : « 17,60 % » ;</p>	
<p>b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 7,27 % ;</p>		
<p>c) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 9,46 % ;</p>		
	<p>3° Il est rétabli un 2° ainsi rédigé :</p>	
	<p>« 2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée à l'article L. 241-6 ; »</p>	
	<p>4° Il est rétabli un 4° ainsi rédigé :</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

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 :

**Cf. tableau en annexe 3**

Art. L. 245-16. – I. – Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 4,5 %.

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

- une part correspondant à un taux de 0,1 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1 ;

« 4° Le produit de la taxe visée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; »

5° Il est rétabli un 5° ainsi rédigé :

« 5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-13, L. 137-14, L. 137-18, L. 137-19 et L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée à l'article L. 241-6 ; ».

X. – Le tableau de l'article L. 137-16 du même code est remplacé par un tableau ainsi rédigé :

**Cf. tableau en annexe 1**

XI. – L'article L. 245-16 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa du II est supprimé ;

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>- une part correspondant à un taux de 1,3 % à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ;</p>	<p>2° Au quatrième alinéa, le taux : « 2,75 % » est remplacé par le taux : « 1,15 % » ;</p>	
<p>- une part correspondant à un taux de 2,75 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;</p>	<p>3° Le cinquième alinéa est supprimé ;</p>	
<p>- une part correspondant à un taux de 0,35 % à la Caisse nationale des allocations familiales.</p>	<p>4° Il est rétabli un sixième alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>Art. L. 136-8. – I. – I.-Le taux des contributions sociales est fixé :</p>	<p>« – une part correspondant à un taux de 2,05 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »</p>	
<p>1° À 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;</p>	<p>XII. – L'article L. 136-8 du même code est ainsi modifié :</p>	
<p>2° À 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;</p>	<p>A. – 1° Au IV, le 1° est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>3° A 6,9 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.</p>	<p>« 1° À la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,87 % ; »</p>	
<p>IV.-Le produit des contributions mentionnées au I est versé :</p>	<p>2° Au IV, le 2° est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>1° À la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,82 % et, par dérogation, de 0,8 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;</p>	<p>« 2° Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 0,85 % ; »</p>	
<p>2° Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 0,886 % et, par dérogation, de 0,866 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>3° À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie visée à l'article 8 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, pour la part correspondant à un taux de 0,064 % ;</p>	<p>3° Au a du 4°, le taux : « 5,25 % » est remplacé par le taux : « 5,20 % » et les mots : « sous réserve des dispositions du g » sont supprimés ;</p>	
<p>4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code, pour la part correspondant à un taux :</p>	<p>4° Au b du 4°, le taux : « 4,85 % » est remplacé par le taux : « 4,80 % » ;</p>	
<p>a) Sous réserve des dispositions du g, de 5,25 % pour les contributions mentionnées au 1° du I ;</p>	<p>5° Au c du 4°, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 5,90 % » ;</p>	
<p>b) De 4,85 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ;</p>	<p>6° Au d du 4, le taux : « 3,95 % » est remplacé par le taux : « 3,90 % » ;</p>	
<p>c) De 5,95 % pour les contributions mentionnées au 2° du I ;</p>	<p>7° Au e du 4°, le taux : « 4,35 % » est remplacé par le taux : « 4,30 % » ;</p>	
<p>d) De 3,95 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;</p>	<p>8° Le g du 4° est abrogé.</p>	
<p>e) De 4,35 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ;</p>	<p>B. – Il est ajouté un VI ainsi rédigé</p>	
<p>f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III ;</p>	<p>« VI. – 1° L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et répartir le produit de la contribution visée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article ;</p>	
<p>g) De 5,29 % pour les revenus mentionnés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 %.</p>	<p>« 2° Il en est de même pour les produits recouverts simultanément à la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du présent code. »</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<b>Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2012</b>	XIII. – Le III de l'article 17 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :	
Art. 17. – III. – Pour l'année 2013, par dérogation au V bis de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles :	1° Les mots : « Pour l'année 2013 » sont remplacés par les mots : « Pour les années 2013 et 2014 » ;	
1° Le produit de la contribution instituée au I du présent article est affecté pour une part de 95 % à la section mentionnée au II du même article L. 14-10-5 et pour une part de 5 % à la section mentionnée au IV dudit article ;	2° Le 2° est ainsi modifié :	
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 : « 0,886 % » et « 0,866 % » et, à la fin du 3° du même IV, le taux : « 0,1 % » est remplacé par le taux : « 0,064 % ».	a) Après les mots : « de la sécurité sociale, », sont ajoutés les mots : « pour l'année 2013, » ;	
<b>Code de la sécurité sociale</b>	b) Il est complété par les mots : « ; pour l'année 2014, le taux : "0,85 %" est remplacé par le taux : "0,90 %" et à la fin du 3° du même IV, le taux : "0,1 %" est remplacé par le taux : "0,05 %". »	b) Il ... ... taux : "0,89 %" et à la fin du 3° du même IV, le taux : « 0,1 % » est remplacé par le taux : « 0,05 % » ».
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.	XIV. – L'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	<b>Amendement AS262</b>
Les cotisations et ressources mentionnées à l'alinéa précédent comprennent :	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 ;	

**Dispositions en vigueur**

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 ;

3° des cotisations et ressources affectées aux prestations familiales des personnes salariées et non-salariées des régimes agricoles ;

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 ;

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

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

7° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance vie multisupports ;

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.

**Loi n° 2010-1657 du  
29 décembre 2010 de financement de  
la sécurité sociale pour 2010**

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 :

**Texte du projet de loi**

1° Le 4° et le 5° sont abrogés ;

2° Le 7° devient 4° ;

3° Le 8° devient 5°.

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

Le prélèvement mentionné au premier alinéa du présent VI est versé par l'État. Les modalités de versement sont fixées par convention entre l'État et les organismes affectataires des contributions et prélèvements concernés.

**Code général des impôts**

**Texte du projet de loi**

XV. – Au VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, après les mots : « versé par l'État. », il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Il est réparti entre les différents attributaires des contributions et prélèvements mentionnés dans le tableau au prorata de leur part respective dans ces prélèvements en 2011. Pour les exercices ultérieurs, il peut être imputé sur l'ensemble des contributions et prélèvements mentionnés dont ils sont affectataires. »

XVI. – Le présent article s'applique pour les produits assis sur les opérations dont le fait générateur intervient à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, à l'exception des dispositions relatives aux contributions sur les revenus du patrimoine qui s'appliquent aux revenus perçus en 2013 et assujettis en 2014.

**Propositions de la Commission**

*Article additionnel après l'article 15*

*I. – La section VI du chapitre 1<sup>er</sup> du titre III de la première partie du livre 1<sup>er</sup> du code général des impôts est complétée par 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 150 mg de caféine pour 1 000 ml ou un seuil minimal de 300 mg de taurine pour 1 000 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 100 euros par hectolitre.*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

« Ce tarif est relevé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, 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<sup>o</sup> 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



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*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 recourée 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.*

*« VI. – Le produit de la contribution mentionnée au I est affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. ».*

**Amendement AS281**

*Article additionnel après l'article 15*

*I. – L'article 1001 du code général des impôts est ainsi modifié :*

*1° Après le 2° bis, il est inséré un 2° ter ainsi rédigé :*

*« 2° ter à 14 % pour les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative et les contrats d'assurance maladie relatifs à des*

Art. 1001. – Le tarif de la taxe spéciale sur les contrats d'assurances est fixé :

.....

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*opérations collectives à adhésion obligatoire qui ne satisfont pas à l'ensemble des conditions prévues respectivement au 2° bis pour ces deux types de contrat ; »*

.....

Le produit de la taxe est affecté aux départements, à l'exception du produit de la taxe afférente aux contrats visés au 2° bis, qui est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

2° *Le dernier alinéa est complété par les mots : « et à l'exception d'une fraction du produit de la taxe afférente aux contrats visés au 2° ter qui est affectée, pour la part correspondant à un taux de 5 %, à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. ».*

**Code général des collectivités territoriales**

II. – *L'article L. 3332-2-1 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :*

.....

Art. L. 3332-2-1. – I. – À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, les départements perçoivent la totalité du produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance perçue en application du 2° de l'article 1001 du code général des impôts sur les primes ou cotisations échues à compter de cette date.

1° *Le premier alinéa du I est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Les départements perçoivent une part du produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance mentionnée aux articles 991 et suivants du code général des impôts, selon les modalités définies au dernier alinéa de l'article 1001 du même code. » ;*

.....

IV. – À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, il est attribué aux départements le produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance perçue, en application du premier alinéa des 2° bis, dans sa rédaction en vigueur au 18 septembre 2011, et 6° de l'article 1001 du code général des impôts, sur les primes ou cotisations échues à compter de cette même date. Chaque département reçoit un produit déterminé dans des conditions identiques à celles prévues au second alinéa du I du présent article, le pourcentage de l'assiette étant celui fixé au III.

2° *Le IV est abrogé.*

.....

À compter du 1<sup>er</sup> octobre 2011, il est attribué aux départements le produit

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance perçue, en application du 6° de l'article 1001 du code général des impôts dans sa rédaction en vigueur à cette même date, sur les primes ou cotisations échues à compter de ladite date. Chaque département reçoit un produit déterminé dans des conditions identiques à celles prévues au second alinéa du I du présent article, le pourcentage de l'assiette étant celui fixé au III.</p>	Article 16	<p><i>III. – Le présent article s'applique aux primes ou cotisations échues à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.</i></p>
<b>Code du travail</b>	I. – Les quatre premiers alinéas de l'article L. 6243-3 du code du travail sont remplacés par les dispositions suivantes :	<b>Amendement AS277</b>
<p>Art. L. 6243-3. – La prise en charge par l'État mentionnée à l'article L. 6243-2 s'effectue dans les conditions suivantes :</p>	« L'État prend en charge les cotisations et contributions sociales des apprentis qui font l'objet d'exonérations dans les conditions suivantes :	Article 16
<p>1° La prise en compte des droits validables à l'assurance vieillesse ouverts pendant la période d'apprentissage s'opère sur une base forfaitaire suivant des modalités déterminées ou approuvées par décret tant en ce qui concerne les régimes de base que les régimes complémentaires ;</p>	« 1° Sur une base forfaitaire globale pour les cotisations dues au titre des articles L. 3253-14, L. 5423-3 et L. 5424-15 ;	<i>(Sans modification)</i>
<p>2° La prise en compte des cotisations dues au titre des articles L. 3253-14, L. 5423-3 et L. 5424-15 s'opère sur une base forfaitaire globale ;</p>	« 2° Sur la base d'un taux forfaitaire déterminé par décret, pour le versement pour les transports prévu par les articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;	
<p>3° La prise en charge par l'État du versement pour les transports prévu par les articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales et dû au titre des salaires versés aux apprentis par les employeurs mentionnés à l'article L. 6243-2 s'opère sur la base d'un taux forfaitaire déterminé par décret.</p>	« 3° Sur une base forfaitaire suivant des modalités déterminées par décret pour les autres cotisations et contributions. »	

**Dispositions en vigueur**

—

**Code du service national**

Art. L. 120-26. – Lorsque le service est accompli en France, la couverture des risques maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail et maladies professionnelles est assurée par le versement, par la personne morale agréée ou l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique, de cotisations forfaitaires dont les modalités sont fixées par décret.

Les autres cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi, à l'exception des contributions définies aux articles L. 136-2 du code de la sécurité sociale et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, ne sont pas dues au titre des indemnités et prestations prévues à la section 4 du présent chapitre.

La personne morale agréée en vertu de l'article L. 120-30 du présent code assure à la personne volontaire affectée dans un département d'outre-mer le

**Texte du projet de loi**

—

II. – Les dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables à la part des cotisations d'assurance vieillesse dont l'assiette est comprise entre la base mentionnée au 3° de l'article L. 6243-3 du code du travail et la rémunération de l'apprenti au sens de l'article L. 242-1 du même code.

III. – Le code du service national est ainsi modifié :

A. – Les deux premiers alinéas de l'article L. 120-26 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque le service est accompli en France, l'assiette des cotisations au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles et des allocations familiales, ainsi que des contributions définies aux articles L. 136-2 du code de la sécurité sociale et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, est constituée des indemnités prévues à la section 4 du présent chapitre.

« Les taux de ces cotisations et contributions sont fixés selon les modalités prévues aux articles L. 136-8, L. 241-2, L. 241-3, L. 241-6, ainsi qu'à l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Pour la cotisation d'accident du travail et de maladie professionnelle, un taux forfaitaire est fixé par arrêté.

« Leur versement, y compris celui des cotisations et contributions à la charge de la personne volontaire, est assuré par la personne morale agréée en vertu de l'article L. 120-30 du présent code ou par l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique.

« Les cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle autres que celles mentionnées au premier alinéa ne sont pas dues. »

## Dispositions en vigueur

bénéfice d'une couverture complémentaire pour les risques mentionnés au premier alinéa du présent article, notamment en cas d'hospitalisation ainsi que pour les risques d'évacuation sanitaire, de rapatriement sanitaire et de rapatriement de corps. Le ministre chargé de l'outre-mer fixe par arrêté les modalités de cette couverture.

Art. L. 120-28. – La couverture du risque vieillesse est assurée dans les conditions prévues à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale. Les personnes volontaires ne sont pas soumises, au titre de leur contrat de service civique, à l'obligation d'affiliation mentionnée à l'article L. 921-1 du même code.

Les cotisations à la charge de la personne morale agréée et de la personne volontaire sont dues par la personne morale agréée en vertu de l'article L. 120-30 du présent code ou par l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique. Ce versement ne peut être inférieur à un montant fixé par décret.

L'État prend à sa charge, dans des conditions fixées par décret, le versement des cotisations complémentaires nécessaires pour valider auprès du régime général un nombre de trimestres correspondant à la durée du service civique.

## Texte du projet de loi

B. – Les deux derniers alinéas de l'article L. 120-28 sont supprimés.

IV. – A. – Les embauches réalisées en contrat à durée déterminée en application de l'article L. 5132-15-1 du code du travail et ouvrant droit au versement de l'aide mentionnée à l'article L. 5132-2 du même code, donnent lieu, sur la part de la rémunération inférieure ou égale au salaire minimum de croissance, pendant la durée d'attribution de cette aide, à une exonération .:

1° Des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales ;

2° De la taxe sur les salaires ;

3° De la taxe d'apprentissage ;

## Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

4° Des participations dues par les employeurs au titre de l'effort de construction.

B. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à l'exonération mentionnée au A du présent IV.

Article 17

Est approuvé le montant de 3,8 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 2014.

Section 2

***Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre***

Article 18

Pour l'année 2014, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

**Cf. tableau en annexe 1**

Article 19

Pour l'année 2014, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

**Cf. tableau en annexe 1**

Article 20

I. – Pour l'année 2014, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

**Cf. tableau en annexe 1**

Article 17

*(Sans modification)*

Section 2

***Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre***

Article 18

*(Sans modification)*

Article 19

*(Sans modification)*

Article 20

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

II. – Pour l'année 2014, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 12,8 milliards d'euros..

III. – Pour l'année 2014, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

**Cf. tableau en annexe 1**

IV. – Pour l'année 2014, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

**Cf. tableau en annexe 1**

Article 21

Article 21

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2014 à 2017), 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.

*(Sans modification)*

Section 3

Section 3

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

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

**Code de la sécurité sociale**

Article 22

Article 22

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

*(Sans modification)*

A. – L'article L. 131-6-2 est ainsi modifié :

Art. L. 131-6-2. – Les cotisations sont dues annuellement.

## Dispositions en vigueur

Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Pour les deux premières années d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur un revenu forfaitaire fixé par décret après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés.

Lorsque le revenu d'activité est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.

Par dérogation au deuxième alinéa, sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être calculées sur la base du dernier revenu d'activité connu ou sur la base du revenu estimé de l'année en cours. Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant, une majoration de retard est appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées dans les conditions de droit commun et les cotisations provisionnelles calculées sur la base des revenus estimés, sauf si les éléments en la possession du cotisant au moment de sa demande justifiaient son estimation. Le montant et les conditions d'application de cette majoration sont fixés par décret.

Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées dans les conditions prévues à l'article L. 242-12-1.

Art. L. 133-6-2. – I. – Les travailleurs indépendants relevant du régime social des indépendants souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. Le régime social des indépendants peut déléguer par convention tout ou partie de la collecte et du traitement de ces déclarations aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, pour les travailleurs indépendants

## Texte du projet de loi

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

« Lorsque le revenu d'activité de la dernière année écoulée est définitivement connu, les cotisations provisionnelles, à l'exception de celles dues au titre de la première année d'activité, sont recalculées sur la base de ce revenu. » ;

2° Au troisième alinéa après les mots : « Lorsque le revenu d'activité », sont insérés les mots : « de l'année au titre de laquelle elles sont dues » ;

3° Au quatrième alinéa, les mots : « sur la base du dernier revenu d'activité connu ou » sont supprimés.

## Propositions de la Commission



## Dispositions en vigueur

relevant du c du 1° de l'article L. 613-1, aux organismes conventionnés mentionnés à l'article L. 611-20.

Lorsque la déclaration prévue au premier alinéa du présent I est réalisée par voie dématérialisée, le travailleur indépendant peut demander simultanément que la régularisation mentionnée à l'article L. 131-6-2 soit effectuée sans délai. Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette régularisation est effectuée ainsi que le montant forfaitaire servi à titre d'intérêt au travailleur indépendant qui choisit de régler immédiatement les sommes dues.

II. – Lorsque les données relèvent de l'article L. 642-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1.

Lorsque les données concernent la cotisation due par les travailleurs indépendants mentionnés au c du 1° de l'article L. 613-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 611-3.

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.

## Texte du projet de loi

B. – Le deuxième alinéa du I de l'article L. 133-6-2 est supprimé.

C. – L'article L. 722-4 du même code est ainsi modifié :

1° Les mots : « , appréciés en application de l'article L. 131-6 » sont supprimés ;

2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette cotisation est calculée en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Son taux est fixé par décret. »

II. – A. – Le I s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

## Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Livre II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses Titre IV Ressources Chapitre III Recouvrement – Sûretés – Prescription – Contrôle Section 5 Encaissement et déclaration des cotisations, contributions et taxes sociales recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1</p>	<p data-bbox="434 293 768 480">B. – Par dérogation au A du présent II, le A du I s'applique aux cotisations de sécurité sociale recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1 du code de la sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p> <p data-bbox="558 529 642 551" style="text-align: center;">Article 23</p> <p data-bbox="434 578 768 833">I. – Les conditions dans lesquelles les employeurs mentionnés au I de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ainsi que ceux qui ont recours à un tiers pour l'accomplissement de leurs déclarations de cotisations sociales sont tenus, en fonction du montant annuel de leurs cotisations, de souscrire à la déclaration sociale nominative au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2015 sont fixées par décret.</p> <p data-bbox="434 860 768 902">II. – A. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p data-bbox="434 1139 768 1184">1° La section 5 du chapitre III du titre IV du livre II est abrogée ;</p>	Article 23
<p data-bbox="85 1281 421 1628">Art. L. 243-14. – I. – Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise, redevables de cotisations, contributions et taxes d'un montant supérieur à 50 000 € au titre de l'année civile précédente ou soumis à l'obligation de verser mensuellement leurs cotisations sociales, sont tenus de régler par virement ou, en accord avec leur organisme de recouvrement, par tout autre moyen de paiement dématérialisé, les sommes dont ils sont redevables l'année suivante sur le compte spécial d'encaissement de l'organisme de recouvrement dont ils relèvent.</p>		

## Dispositions en vigueur

Lorsque le montant des cotisations, contributions et taxes mentionnées au présent I est supérieur à 7 millions d'euros au titre d'une année civile, le mode de paiement dématérialisé est obligatoirement le virement bancaire.

II. – Les entreprises autorisées à verser pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements les cotisations dues à un organisme de recouvrement autre que celui ou ceux dans la circonscription desquels ces établissements se trouvent situés sont soumises à la même obligation.

II bis. – Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise mentionnés aux I et II, redevables de cotisations, contributions et taxes pour un montant supérieur à 50 000 € au titre de l'année civile précédente ou soumis à l'obligation de verser mensuellement leurs cotisations sociales, sont tenus d'effectuer leurs déclarations sociales ainsi que d'effectuer la déclaration et le versement mentionnés au III de l'article L. 133-5-4, au titre des sommes dont ils sont redevables l'année suivante, par voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.

III. – Le non-respect des obligations prévues aux I et II entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement ou la déclaration a été effectué selon un autre mode de paiement ou de déclaration.

Le non-respect de l'obligation prévue au II bis entraîne l'application d'une majoration correspondant à 0,2 % du montant des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie électronique.

IV. – Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont applicables aux majorations et pénalités prévues au III.

Les modalités d'application du présent article sont, en tant que de besoin, fixées par décret en Conseil d'État.

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

2° La section 1 du chapitre III bis du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 133-5-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-5-5. – I. – Tout employeur est tenu d'effectuer les déclarations pour le calcul de ses cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée dans des conditions fixées par décret. Les seuils au delà desquels ces formalités s'imposent sont fixés par décret en fonction du montant des cotisations et contributions sociales.

« II. – La méconnaissance de l'obligation de déclaration prévue au I entraîne l'application d'une majoration fixée par décret dans la limite de 0,2 % des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. La méconnaissance de l'obligation de versement prévue au I entraîne l'application d'une majoration fixée par décret dans la limite du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions. » ;

3° La section 2 bis du chapitre III bis du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 133-6-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-6-7-2. – Les travailleurs indépendants non agricoles sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement des cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée dans des conditions fixées par décret. Le seuil au-delà duquel ces formalités s'imposent est fixé par décret en fonction du montant des cotisations et contributions sociales ou, pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 133-6-8, en fonction du chiffre d'affaires. La méconnaissance de ces obligations

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 612-10. – Les articles L. 243-8 à L. 243-11, les articles L. 243-13, L. 243-14, L. 256-4, L. 114-13 et L. 377-2 sont applicables, dans des conditions fixées par décret, au régime institué par le présent titre.</p>	<p>entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5. » ;</p>	
<p>Art. L. 623-1. – Pour les professions non agricoles, sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application des titres II, III et IV du présent livre et sous réserve des dispositions particulières dudit livre, les articles L. 211-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 231-5, L. 231-6-1 (1°), L. 231-12, L. 243-4, L. 243-5 et L. 243-6-2, L. 243-9 et L. 243-11, L. 243-14, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-14, L. 256-3, L. 272-1 et L. 272-2, L. 273-1, L. 281-1, L. 281-3, L. 353-3, L. 355-2, L. 355-3, L. 114-13 et L. 377-2.</p>	<p>4° À l'article L. 612-10, les mots : « L. 243-14 » sont remplacés par les mots : « L. 133-5-5 » ;</p>	
<p>Art. L. 722-5. – Les dispositions des sections 4 et 5 du chapitre 3 du titre IV du livre II, les dispositions du chapitre 4 du même titre ainsi que celles de l'article L. 374-1 du présent code sont applicables au recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 722-4.</p>	<p>5° À l'article L. 623-1, les mots : « L. 243-14 » sont remplacés par les mots : « L. 133-5-5 » ;</p>	
<p><b>Code du travail</b></p>	<p>6° À l'article L. 722-5, les mots : « des sections 4 et 5 » sont remplacés par les mots : « de la section 4 » et les mots : « de l'article L. 374-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 133-6-7-2 et L. 374-1 ».</p>	
<p>Art. L. 1221-12-1. – Sont tenus d'adresser les déclarations préalables à l'embauche par voie électronique les employeurs relevant du régime général de sécurité sociale qui ont accompli plus de 500 déclarations préalables à l'embauche au cours de l'année civile précédente.</p>	<p>B. – L'article L. 1221-12-1 du code du travail est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
	<p>« Art. L. 1221-12-1. – Sont tenus d'adresser les déclarations préalables à l'embauche par voie électronique :</p>	
	<p>« 1° Les employeurs dont le personnel relève du régime général de sécurité sociale autres que les particuliers employant un salarié à leur service et qui ont effectué un nombre de déclarations préalables à l'embauche au cours de l'année civile précédente supérieur à un seuil fixé par décret ;</p>	
	<p>« 2° Les employeurs dont le personnel relève du régime de protection sociale agricole dont le nombre de déclarations préalables à l'embauche accomplies au cours de l'année civile précédente excède un seuil fixé par décret.</p>	

## Dispositions en vigueur

Le non-respect de cette obligation entraîne l'application d'une pénalité fixée à 0,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par salarié, recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions relatives au recouvrement des cotisations de sécurité sociale. Les pénalités dues au titre d'une année civile sont versées au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations de sécurité sociale de l'année suivante.

### Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 725-22. – I. – À l'exception du deuxième alinéa du I, l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale est applicable aux employeurs occupant des salariés agricoles au sens de l'article L. 722-20 du présent code, redevables, au titre d'une année civile, de cotisations et contributions sociales.

II. – Les entreprises autorisées à verser, pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements, les cotisations et contributions sociales dues pour leurs salariés à une caisse de mutualité sociale agricole autre que celle dans la circonscription de laquelle ces établissements sont situés sont soumises à cette obligation.

III. – Le non-respect de l'obligation prévue au I entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Les modalités de remise de cette majoration sont fixées par un arrêté du ministre de l'agriculture.

IV. – Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations sociales agricoles sont applicables à la majoration prévue au III.

### Code de la sécurité sociale

## Texte du projet de loi

« Le non-respect de cette obligation entraîne l'application d'une pénalité par salarié, fixée par décret dans la limite de 0,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions relatives au recouvrement des cotisations de sécurité sociale. Les pénalités dues au titre d'une année civile sont versées au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations de sécurité sociale de l'année suivante. »

C. – L'article L. 725-22 du code rural et de la pêche maritime est abrogé.

III. – A. – Le I bis de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après la première phrase, il est inséré la phrase suivante :

## Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 241-10 – I bis. – Chaque heure de travail effectuée par les salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail ouvre droit à une déduction forfaitaire de la cotisation patronale due au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès dont le montant est fixé par décret. Cette déduction n'est cumulable ni avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations.</p>	<p>« Dans les départements d'outre-mer, la déduction de cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle est majorée d'un montant fixé par décret. » ;</p>	<p>« Dans les départements d'outre-mer ainsi que dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon, la déduction ... ... décret. » ;</p>
<p><b>Code du travail</b></p>	<p>2° À la deuxième phrase, devenue troisième, les mots : « Cette déduction n'est cumulable » sont remplacés par les mots : « Ces déductions ne sont cumulables ».</p>	<p><b>Amendement AS266</b></p>
<p>Art. L. 1522-1. – Les dispositions des articles L. 1271-1 à L. 1271-16 relatives au chèque emploi-service universel s'appliquent dans les départements d'outre-mer, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon lorsque celui-ci a la nature d'un titre spécial de paiement.</p>	<p>B. – Le code du travail est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 1522-4. – Les dispositions de la présente section s'appliquent, lorsqu'ils emploient moins de onze salariés :</p>	<p>1° À l'article L. 1522-1, les mots : « lorsque celui-ci a la nature d'un titre spécial de paiement » sont supprimés ;</p>	
<p>1° Aux employeurs de droit privé ;</p>		
<p>2° Aux établissements publics à caractère industriel et commercial ;</p>		
<p>3° Aux établissements publics assurant à la fois une mission de service public à caractère administratif et à caractère industriel et commercial, lorsqu'ils emploient du personnel dans les conditions du droit privé.</p>		
<p>Ces dispositions s'appliquent également aux personnes effectuant des travaux et services au domicile des particuliers.</p>	<p>2° Le dernier alinéa de l'article L. 1522-4 est supprimé.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2012</p>	<p>Article 24</p> <p>À titre exceptionnel, il est prélevé au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une somme égale à 65 % des réserves, constatées au 31 décembre 2013, du fonds national de gestion technique des agents en activité et de leurs ayants droit de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.</p>	<p>Article 24</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Art. 38. – 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.</p>	<p>Article 25</p> <p>Au I de l'article 38 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les mots : « pour l'année 2013 » sont remplacés par les mots : « pour les années 2013 à 2017 ».</p>	<p>Article 25</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Ces avances font l'objet d'une convention entre l'agence et la caisse, soumise pour approbation aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p>	<p>Article 26</p> <p>Sont habilités en 2014 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><b>Cf. tableau en annexe 1</b></p>	<p>Article 26</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>



Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

**QUATRIÈME PARTIE**  
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX**  
**DÉPENSES POUR L'EXERCICE**  
**2014**

Section 1

*Dispositions relatives aux dépenses  
d'assurance maladie*

**QUATRIÈME PARTIE**  
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX**  
**DÉPENSES POUR L'EXERCICE**  
**2014**

Section 1

*Dispositions relatives aux dépenses  
d'assurance maladie*

*Article additionnel avant l'article 27*

*Après l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-31-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 162-31-1. – I. – Des expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins peuvent être mises en œuvre pour une durée n'excédant pas quatre ans dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients. Ces projets pilotes concernent soit un nombre restreint de pathologies dont la liste est fixée par le décret en Conseil d'État mentionnée au deuxième alinéa, soit un nombre restreint de régions dans lesquels ils sont mis en œuvre.*

*« L'objet, le champ et la durée des expérimentations sont précisés par décret en Conseil d'État.*

*« Le contenu des projets pilotes et leur périmètre territorial est défini par un cahier des charges national arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et, le cas échéant, décliné, en fonction des spécificités locales, par les agences régionales de santé.*

*« Les expérimentations sont mises en œuvre par le biais de conventions signées entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales volontaires ainsi que, le cas échéant, des organismes complémentaires d'assurance maladie.*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*« II. – Pour la mise en œuvre des projets pilotes prévus au I, il peut être dérogé aux règles de facturation, tarification, participation de l'assuré aux frais, paiement direct des honoraires par le malade et frais accessoires dus aux professionnels de santé ou structures ou établissements de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie définies au titre VI du livre premier et au titre II du livre troisième du présent code, ainsi qu'au titre I<sup>r</sup> du livre troisième du code de l'action sociale et des familles.*

*« Les modalités de financement dérogatoire par l'assurance maladie dans le cadre de ces expérimentations sont définies dans le cadre des conventions mentionnées au I.*

*« III. – Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge dans le cadre des expérimentations. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale d'assurance maladie met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèreraient nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée dans le cadre de l'expérimentation.*

*« IV. – Les agences régionales de santé réalisent une évaluation annuelle des expérimentations mises en œuvre dans le cadre des projets pilotes transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un bilan des expérimentations en cours et lui présente au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation un rapport d'évaluation portant sur l'opportunité de leur généralisation.*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*« Pour la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des expérimentations prévues au présent article, les médecins désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé et les personnels placés sous leur responsabilité ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale. ».*

**Amendement AS350**

**Loi n° 2007-1786 du  
19 décembre 2007 de financement de  
la sécurité sociale pour 2008**

Art. 44. – I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et pour une période n'excédant pas six ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent.

**Code de la sécurité sociale**

Art. L.162-14-2. – I. – En cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 ou d'opposition à la nouvelle convention dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé.

Article 27

I. – À la première phrase du premier alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, le mot : « six » est remplacé par le mot : « sept ».

II. – L'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « mentionnée » est remplacé par les mots : « ou d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionnés », après les mots : « d'opposition à la nouvelle convention », sont insérés les mots : « ou à l'accord » et après les mots : « un projet de convention », sont insérés les mots : « ou d'accord » ;

Article 27

### Dispositions en vigueur

Le projet est soumis aux ministres pour approbation et publication, selon les règles prévues à l'article L. 162-15, sous la forme d'un règlement arbitral.

Les dispositions conventionnelles antérieures continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement.

Le règlement arbitral est arrêté pour une durée de cinq ans. Toutefois, les partenaires conventionnels engagent des négociations en vue d'élaborer une nouvelle convention au plus tard dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du règlement arbitral. Celui-ci cesse d'être applicable à compter de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention. Les dispositions du présent article sont applicables à son renouvellement.

II. – L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés. À défaut ou en cas d'opposition à cette désignation, formée dans les mêmes conditions que celles définies au quatrième alinéa de l'article L. 162-15, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

### Texte du projet de loi

2° Au quatrième alinéa, après les mots : « en vue d'élaborer une nouvelle convention », sont insérés les mots : « ou un nouvel accord » et après les mots : « à compter de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention », sont insérés les mots : « ou d'un nouvel accord ».

### Propositions de la Commission

*III. – Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations sont initiées entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et des centres de santé en vue de conclure un accord conventionnel interprofessionnel portant sur la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel. À défaut d'ouverture des négociations, les dispositions prévues à l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale s'appliquent.*

**Amendement AS287**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Art. L. 162-32-1. – Les caisses primaires d'assurance maladie versent aux centres de santé une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres en application de l'article L. 241-1 pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux relevant des sections 1 et 2 du présent chapitre.

Lorsque le personnel des centres de soins infirmiers est affilié aux assurances sociales agricoles, la partie des cotisations d'assurance maladie versées en application de l'article 1031 du code rural est prise en charge par la caisse de mutualité sociale agricole compétente et imputée sur les dépenses d'assurance maladie.

Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie.

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

*Article additionnel après l'article 27*

*I. – L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*

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

*« Ces conditions prévoient la transposition aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé des éléments de rémunération spécifiques attachés à certains actes de soins prévues par les conventions susmentionnées. » ;*

*2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

*« Lorsque les conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre sont modifiées afin de prévoir des éléments de rémunération spécifiques pour certains actes de soins, les dispositions afférentes sont transposées dans l'accord mentionné au présent article. ».*

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<b>Code de la santé publique</b>	Article 28	Article 28
<p>Art. L. 4011-1. – Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4241-1, L. 4241-13, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4352-2, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1, L. 4371-1, L. 4391-1, L. 4392-1 et L. 4394-1, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 4011-2. – Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé.</p>	<p>I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 4011-2 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. L. 4011-2. – Les professionnels de santé peuvent soumettre à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. Ces derniers précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.</p>	<p><i>II. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des centres de soins infirmiers et des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents disposent d'un délai de neuf mois à compter de la promulgation de la présente loi pour réviser l'accord conclu en application de l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale</i></p> <p><b>Amendement AS288</b></p> <p><i>1°A À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 4011-1, le mot : « et » est remplacé par le mot : « à »</i></p> <p><b>Amendement AS289</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.</p>	<p>« Ces protocoles sont accompagnés d'un modèle économique précisant notamment les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés. Le contenu <u>type</u> de ce modèle économique est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>	<p>« Ces ... ... contenu de ce modèle ... ... santé.</p>
<p>Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.</p>	<p>« Après avoir vérifié que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional le directeur régional de l'agence régionale de santé en autorise la mise en œuvre par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé et après avis du collège des financeurs prévu à l'article L. 4011-2-1. » ;</p>	<p><b>Amendement AS290</b></p> <p>« Après ... ... directeur <i>général</i> de l'agence ... ... L. 4011-2-1. <i>Cet arrêté précise la durée du protocole. ; »</i></p>
<p>La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.</p>	<p>2° Après l'article L. 4011-2, il est inséré trois articles L. 4011-2-1, L. 4011-2-2 et L. 4011-2-3 ainsi rédigés :</p>	<p><b>Amendements AS291 et AS292</b></p>
<p>Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.</p>	<p>« Art. L. 4011-2-1. – Un collège des financeurs, composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'assurance maladie, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, émet, pour chacun des protocoles de coopération transmis par l'agence régionale de santé, un avis portant sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et sa durée.</p>	<p>« Art. L. 4011-2-1. – ... ... maladie <i>et de représentants du ministre</i> ... ... portant sur le modèle économique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 4011-2 ainsi que sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et sa durée.</p>
		<p><b>Amendements AS293 et AS294</b></p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Cet avis se fonde sur le modèle économique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 4011-2 ainsi que sur des critères définis par décret.

« Art. L. 4011-2-2. – I. – Le financement dérogatoire des protocoles de coopération pour lesquels le collège des financeurs mentionné à l'article L. 4011-2-1 a donné un avis favorable peut être autorisé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour une durée n'excédant pas trois ans, renouvelable une fois.

« En tant que de besoin, ce financement peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

« a) Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 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 ;

« b) 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« c) Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« d) Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

« II. – Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de l'autorisation au premier alinéa du I du présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

« a) Articles L. 162-5, L. 162-9, ...

... maladie ;

**amendement AS295**

« II. – ...

... l'autorisation  
mentionnée au premier ...

... sociale.

**amendement AS296**



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

« Art. L. 4011-2-3. – I. – Six mois avant le terme d'un protocole de coopération, les professionnels de santé transmettent à l'agence régionale de santé les éléments, prévus par arrêté du ministre chargé de la santé, nécessaires à son évaluation.

« L'agence transmet ces éléments, accompagnés de son avis sur la pérennisation de ce protocole, à la Haute Autorité de santé et au collège des financeurs.

« II. – Sur la base des éléments transmis par l'agence et de l'avis de la Haute Autorité de santé, le collège des financeurs rend un avis sur le maintien et, le cas échéant, sur la prise en charge financière du protocole, soit à titre dérogatoire pour une durée définie, soit à titre pérenne par inscription aux nomenclatures. Dans le cas d'un avis favorable du collège des financeurs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut maintenir le protocole ou le proroger pour une durée qu'il fixe.

« III. – Sur avis favorable du collège des financeurs, la Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de santé peut autoriser la mise en œuvre du protocole par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision. »

II. – À l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un dixième alinéa ainsi rédigé :

**Code de la sécurité sociale**

Art. L. 161-37. – La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :  
.....

« L'agence ...

... financeurs. La Haute Autorité de santé réalise une évaluation médico-économique du protocole et rend un avis sur son efficience.

**Amendement AS297**

« II. – ...

... durée limitée, soit à titre pérenne par une inscription de l'acte concerné dans la liste des actes pris en charge par l'assurance maladie. Dans ...

... protocole pour une durée qu'il fixe.

**Amendements AS300, AS302 et AS299**

« III. – *Lorsqu'en application du II, le collège des financeurs rend un avis favorable au maintien et, le cas échéant, à la prise en charge financière d'un protocole de coopération, la Haute Autorité de santé peut étendre ce protocole à tout le territoire national.* Dans ...

... décision.

**Amendement AS298**

**Dispositions en vigueur**

8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants.

**Texte du projet de loi**

« 9° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 4011-2 du code de la santé publique sur l'efficience des protocoles de coopération autorisés par l'agence régionale de santé. »

Article 29

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2014 et pour une période n'excédant pas quatre ans, dans des régions pilotes, portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, pour des patients pris en charge, d'une part, en ville, et, d'autre part, en structures médico-sociales par télé-expertise, téléconsultation et télésurveillance.

Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La liste des régions pilotes est définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé. Les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les professionnels de santé, centres de santé, établissements de santé et établissements médico-sociaux volontaires peuvent participer à ces expérimentations.

**Propositions de la Commission**

« 9° Rendre *les avis mentionnés, respectivement, au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique et au deuxième alinéa du 1 de l'article L. 4011-2-3 du même code.*

**Amendement AS301**

Article 29

*I. – Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, peuvent être menées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014 pour une durée de quatre ans, dans des régions pilotes dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.*

*Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge, d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales.*

**Amendement AS303**

Les ...

... sociale.

**Amendement AS303**

Les ...

*... santé dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires.*

**amendement AS304**

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

II. – Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I, il peut être dérogé :

1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 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 à l'article L. 312-1 du même code ;

3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

4° À l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

5° Aux articles L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

1° Aux ...

... L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1 ...

... maladie ;

**Amendements AS305 AS1, AS94 et AS220**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu aux articles L. 1435-8 et suivants 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 L. 1435-9. Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux régions pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

III. – Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémedecine dans le cadre de l'expérimentation définie au I et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale d'assurance maladie met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèreraient nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télémedecine dans le cadre de l'expérimentation.

IV. – Au terme de cette expérimentation, une évaluation sera réalisée par la Haute Autorité de santé, en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fera l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé.

Les ...

... prévu  
à l'article L. 1435-8 du code ...

... spécifique par l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation ...

... activités.

**Amendements AS306 et AS307**

III. – ...

... cadre des expérimentations définies au I ...

... La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met ...

... cadre de ces expérimentations.

**Amendements AS309 et AS308**

IV. – Au terme de ces expérimentations, une évaluation ...

... organismes locaux d'assurance ...

... médico-sociaux participants . Elle fera ...

... santé avant le 31 septembre 2016.

**Amendements AS311, AS310, AS312 et AS359**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

—

—

Article 30

Article 30

Art. L. 722-6. – En cas de maladie, maternité et décès, les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 ont droit et ouvrent droit, selon les dispositions des articles L. 313-3, L. 331-1 et L. 361-4 aux prestations prévues par le 1° de l'article L. 321-1 et par les articles L. 331-2 et L. 361-1.

I. – Au premier alinéa de l'article L. 722-6 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 361-1 », sont insérés les mots suivants : « , ainsi qu'à celles prévues au 5° de l'article L. 321-1 selon les modalités prévues à l'article L. 722-8-2 ».

II. – Après l'article L. 722-8-1 du même code, il est rétabli un article L. 722-8-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 722-8-2. – Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire dès lors qu'elles se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou reprendre leur activité professionnelle en raison de difficultés médicales liées à leur grossesse. Cette incapacité temporaire de travail est constatée dans les conditions prévues au 5° de l'article L. 321-1.

« L'indemnité prévue au premier alinéa est accordée à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité temporaire de travail et est due, pendant une période d'une durée fixée par décret, pour chaque jour ouvrable ou non. L'indemnité est servie dans les conditions et sous réserve des obligations prévues à l'article L. 323-6.

« Les modalités d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa, le délai et la durée maximale de versement mentionnés au deuxième alinéa, sont fixées par décret.

« L'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa n'est pas cumulable avec l'indemnité journalière mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 722-8. »

« L'indemnité ...

... déterminé à compter du début de l'incapacité temporaire de travail et est due, pendant une durée fixée ...

... L. 323-6.

**Amendements AS313 et AS314**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

—

—

—

Article 31

Article 31

I. – L'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.

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

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

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

1° Au deuxième alinéa, les mots : « et que ce dépassement résulte de pratiques de prescriptions non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1 » sont supprimés ;

## Dispositions en vigueur

En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article.

### **Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008**

Art. 64. – De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sous la responsabilité des établissements de santé qui en font le choix.

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

## Texte du projet de loi

2° Au sixième alinéa, les mots : « lui enjoint » sont remplacés par les mots : « peut lui enjoindre ».

## Propositions de la Commission

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

## Dispositions en vigueur

Les établissements de santé et les transporteurs sanitaires signent une convention créant des centres de régulation chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état de santé. Les entreprises de transports membres du centre de régulation doivent respecter la prescription médicalisée de transports.

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale, la dispense d'avance des frais pour l'assuré est supprimée s'il refuse la proposition de transport qui lui est faite.

Dans un délai de six mois suivant la publication de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, les agences régionales de santé fixent la liste des établissements de santé entrant dans le champ de cette expérimentation.

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

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

## Texte du projet de loi

III. – A. – De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1er janvier 2014 et pour une période n'excédant pas trois ans, par des établissements de santé volontaires pour les transports de patients au départ ou à destination de ces établissements, autres que les transports d'urgence régulés par les services d'aide médicale urgente.

Cette expérimentation a pour objectif de développer des modes de transports plus efficaces en proposant au patient le mode de transport le moins onéreux compatible avec son état de santé, de contribuer à l'amélioration de l'organisation des soins ou examens délivrés dans un même établissement de santé et d'optimiser l'utilisation des véhicules de transport des patients.

## Propositions de la Commission

Cette expérimentation a pour *objectifs* de développer ...

... patients.

**Amendement AS315**



Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

B. – L'expérimentation est mise en place dans un établissement de santé par la conclusion d'une convention entre l'établissement de santé expérimentateur, les organismes locaux d'assurance maladie et l'agence régionale de santé, après consultation des organisations professionnelles nationales du transport sanitaire et des taxis représentées localement. Elle porte sur l'ensemble des transports des patients de l'établissement réalisés par des entreprises de transports sanitaires agréées et par des entreprises de taxis conventionnées.

Pour participer à une expérimentation menée par un établissement de santé, une entreprise de transports sanitaires agréée ou une entreprise de taxis conventionnée doit adhérer à la convention la régissant. Cette convention n'entre en vigueur que lorsque le nombre d'entreprises signataires garantit la disponibilité d'un parc de véhicules adapté au volume et aux conditions de transport définis par l'établissement expérimentateur.

Par dérogation au 2° de l'article L. 321-1, les transports de patient effectués par des entreprises de transports sanitaires et de taxis en dehors des conditions d'organisation définies dans la convention ou par des entreprises n'ayant pas adhéré à la convention ne sont pas pris en charge par les régimes d'assurance maladie à l'exception de ceux régulés par les services d'aide médicale urgente.

L'agence régionale de santé fixe la liste des établissements de santé entrant dans le champ de chaque expérimentation. Elle peut enjoindre aux établissements qui donnent lieu au constat mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale de mettre en œuvre l'expérimentation définie au présent article.

B. – L'expérimentation ...

... consultation des *représentants locaux des organisations professionnelles nationales du transport sanitaire et des taxis*. Elle ...

... conventionnées.

**Amendement AS316**

Pour ...

... convention *conclue en application du premier alinéa du présent B*. Cette convention *entre* en vigueur ...

... l'établissement *de santé* expérimentateur.

**Amendements AS318, AS317 et AS319**

Par ...

... exception *des transports* régulés par les services d'aide médicale urgente.

**Amendement AS320**

L'agence ...  
... *santé participant* à chaque expérimentation ...

... article.

**amendement AS321**

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut attribuer un financement à l'établissement de santé pour le lancement de l'expérimentation. En cas de constatation d'une réduction des dépenses de transport au cours de l'expérimentation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut allouer une dotation d'intéressement à l'établissement de santé. Les sommes attribuées pour le lancement des expérimentations et les dotations d'intéressement sont financées par le fonds d'intervention régional.

C. – La convention d'expérimentation détermine :

1° Les modalités d'organisation des transports assurés au départ ou à destination de l'établissement expérimentateur, autres que les transports d'urgence régulés par les services d'aide médicale urgente ;

2° Les obligations des établissements de santé et des entreprises réalisant le transport des patients ainsi que les pénalités versées en cas de manquement à ces obligations ;

3° Les conditions d'attribution d'un financement de lancement et de dotations d'intéressement des établissements de santé par l'agence régionale de santé ;

4° Les modalités selon lesquelles les entreprises de transport sanitaire et les entreprises de taxis adhèrent à la convention mentionnée au 2° ;

5° Les conditions d'interruption de l'expérimentation avant le terme de trois ans et de retour aux modalités de financement de droit commun ;

Le ...

... régional *mentionné* à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

**Amendement AS322**

1° Les ...

... l'établissement *de santé* expérimentateur autres que les transports régulés par les services d'aide médicale urgente ;

**Amendements AS323 et AS324**

5° Les ...

... expérimentation *avant son échéance triennale* et de retour ...  
... commun ;

**Amendement AS325**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
—	<p>6° Les conditions dans lesquelles l'expérimentation prend fin à son échéance triennale et celles permettant le retour aux modalités de financement de droit commun.</p>	D. – Chaque ...
	<p>D. – Chaque expérimentation menée par un établissement de santé fait l'objet d'une évaluation annuelle conduite par l'agence régionale de santé. Le dispositif expérimental mis en place en application du présent article fait l'objet d'un rapport d'évaluation du Gouvernement qui est transmis au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2019.</p>	<p>... santé. <i>L'expérimentation prévue au présent article fait ...</i></p>
	<p>E. – Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation et les modalités de financement et d'intéressement prévues par la convention mentionnée au B.</p>	<p>... 30 septembre 2016.</p>
<b>Code de la sécurité sociale</b>	<b>Article 32</b>	<b>Amendements AS326 et AS327</b>
<p>Art. L. 221-1-1. – I. – Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.</p>	<p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	E. – Un ...
<p>Le fonds peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville.</p>	<p>1° L'article L. 221-1-1 est abrogé ;</p>	... présent III, notamment ...
<p>Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.</p>		B.
<p>Il contribue à la mise en œuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données</p>		<b>Amendement AS328</b>
		<b>Article 32</b>

## Dispositions en vigueur

de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.

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. Le versement et la répartition de la dotation entre les régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret.

III. – Le fonds dispose d'un comité national de gestion associant des représentants de l'État et des représentants du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'un Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, composé de représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux et de personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est composé à parité de représentants de l'assurance maladie et des professionnels de santé.

IV. – Sur proposition du comité national de gestion, le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins délibère sur :

1° Les orientations stratégiques concernant les priorités d'action du fonds et d'affectation de la dotation ;

2° La part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville mentionnées au deuxième alinéa du I ;

3° La dotation annuelle consacrée au financement des actions à caractère national ou interrégional ;

4° Le rapport d'activité annuel.

Le Conseil national de la qualité et

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

de la coordination des soins peut, sur la base d'un avis motivé, demander un second projet de délibération au comité national de gestion. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers des membres le composant.

V. – Le comité national de gestion élabore les propositions présentées au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. Il attribue les aides pour les actions à caractère national ou interrégional.

Le comité national de gestion présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

VI. – L'attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux agences régionales de santé dans des conditions fixées par décret.

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

VII. – La composition et les modalités de fonctionnement du comité national de gestion, du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins et du bureau de ce dernier sont déterminées par décret.

Art. L. 221-1. – La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle :

.....

**Texte du projet de loi**

2° Après le 8° de l'article L. 221-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 9° D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues à l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4 du même code. »

**Propositions de la Commission**

« 9° ...

... prévues au  
dernier alinéa de l'article L. 1433-1 ...

... code. »

**Amendement AS329**

## Dispositions en vigueur

La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie.

## Code de la santé publique

Art. L. 1433-1. – Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'État et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.

Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences.

Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux.

Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8.

Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.

## Texte du projet de loi

II. – L'article L. 1433-1 du code de la santé publique est complété par l'alinéa suivant :

## Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière**

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.

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. Les ressources du Centre national de gestion comprennent également des subventions, avances, fonds de concours et dotation de l'Etat 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. La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret.

« Il définit les orientations stratégiques relatives aux actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Les aides attribuées aux actions et expérimentations ainsi qu'à leur évaluation sont financées par une dotation des régimes d'assurance maladie fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. »

III. – Au deuxième 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 : « , dont le montant » sont remplacés par les mots : « composée de deux parts, l'une au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement du centre et l'autre au titre du financement des contrats d'engagement de service public. Le montant de la dotation ».

III. – Au troisième alinéa ...

... dotation ».

**Amendement AS330**

**Dispositions en vigueur**

**Code de la sécurité sociale**

**Texte du projet de loi**

Article 33

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 162-22-8, il est inséré un article L. 162-22-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-8-1. – Les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par des établissements de santé situés dans des zones à faible densité de population et répondant à des critères d'isolement géographique, peuvent être financées selon des modalités dérogatoires aux dispositions des articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10 lorsque les prestations d'hospitalisation qu'ils assurent et leur situation financière le justifient. Ces modalités de financement, les critères permettant de caractériser ces zones, ainsi que les critères d'éligibilité des établissements tenant à la nature des prestations d'hospitalisation qu'ils assurent et à leur situation financière sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« La liste des établissements auxquels s'appliquent les modalités de financement définies au premier alinéa est fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale sur proposition, pour chaque région, du directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

2° L'article L. 162-26-1 est ainsi modifié :

Art. L. 162-26-1. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au d de l'article L. 162-22-6 du présent code emploie des médecins qui choisissent le

**Propositions de la Commission**

Article 33

« Art. L. 162-22-8-1. – *Lorsqu'elles répondent à des critères d'isolement géographique*, les activités mentionnées ...

... population peuvent être financées ...

... L. 162-22-10 *sous réserve que* les prestations d'hospitalisation assurées par ces établissements et la situation financière de ceux-ci le justifient. *Un décret en Conseil d'État détermine ces modalités dérogatoires de financement, les critères permettant de caractériser l'isolement géographique des activités concernées ainsi que les critères d'éligibilité des établissements de santé tenant, d'une part, à la densité de population des zones dans lesquelles ils sont situés et, d'autre part, aux prestations qu'ils assurent et à leur situation financière.*

**Amendements AS331, AS332, AS333 et AS334**

« La liste des établissements exerçant des activités auxquelles s'appliquent ...

... santé. » ;

**Amendement AS335**



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>mode d'exercice salarié pour assurer des activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles.</p>	<p>a) Les mots : « pour assurer des activités de soins » et les mots : « afférents à ces activités » sont supprimés ;</p> <p>b) Après les mots : « les honoraires », sont ajoutés les mots : « liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens » ;</p> <p>3° a) Après l'article L. 162-22-9-1, il est inséré un article L. 162-22-9-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-22-9-2. – L'État peut fixer, pour tout ou partie des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volumes d'activité.</p> <p>« Lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation d'hospitalisation d'un établissement de santé soumise aux dispositions du premier alinéa est supérieur au seuil fixé en application de celui-ci, le tarif national mentionné au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicable à la prestation concernée est, pour la part d'activité réalisée au-delà de ce seuil par l'établissement, <u>minoré</u>.</p> <p>« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article, notamment les critères pris en compte pour fixer les seuils, les modalités de mesure de l'activité et de minoration des tarifs ainsi que les conditions de mise en œuvre des minorations après constatation du dépassement du seuil fixé pour une activité. » ;</p> <p>b) Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :</p>	<p>« Lorsque ...</p> <p>... en application <i>du même alinéa</i>, le tarif ...</p> <p>... est <i>minoré</i> pour la part d'activité réalisée au-delà de ce seuil par l'établissement.</p> <p><b>Amendements AS336 et AS337</b></p> <p><i>« Les dispositions prévues au deuxième alinéa ne s'appliquent pas lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation d'hospitalisation résulte d'une création ou d'un regroupement d'activités.</i></p> <p><b>Amendement AS362</b></p> <p>« Un ...</p> <p>... une <i>prestation.</i> » ;</p> <p><b>Amendement AS338</b></p>

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 162-22-10. – I.– Chaque année, l'État fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :

1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;

3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des 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 prestations dans la zone considérée ;

4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1.

Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés au 2° le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis.

**Texte du projet de loi**

– il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9-2. » ;

– au dernier alinéa, les mots : « mentionnés au 2° » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 2° et 5° ».

**Article 34**

I. – A. – Des expérimentations peuvent être menées à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique et relevant de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

**Propositions de la Commission**

**Article 34**

I. – A. – ...

... pilotes destinés à améliorer ...

... sociale.

**Amendement AS339**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il est dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du même code 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<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup> et 9<sup>o</sup> 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 et 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.

B. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre des expérimentations, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire, et, le cas échéant, médico-social et social des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

Le contenu de chaque projet pilote est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur proposition d'une ou plusieurs agences régionales de santé. Le cahier des charges détermine les catégories d'établissements de santé et médico-

Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il *peut être* dérogé ...

... code.

**Amendement AS340**

Le contenu ...

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

sociaux et de professionnels de santé participant au projet pilote. Le projet pilote est mis en œuvre par le biais d'une convention conclue entre la ou les agences régionales de santé concernées, les établissements de santé et médico-sociaux et les professionnels de santé pour la durée de l'expérimentation.

C. – En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation des projets pilotes est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement.

II. – A. – Une expérimentation peut être menée à compter du 1<sup>er</sup> mars 2014 et pour une période n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe et relevant de l'article L. 324-1. La liste des affections concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Participent à l'expérimentation les titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par radiothérapie pour les affections concernées, au titre des articles L. 6122-1 et L. 6122-3 du code de la santé publique.

Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13, aux conditions de rémunération des médecins prévues à l'article L. 162-2, ainsi qu'aux règles relatives aux relations conventionnelles entre les médecins et les organismes d'assurance maladie fixées aux articles L. 162-5 à L. 162-5-17.

... concernées, les organismes locaux d'assurance maladie, les établissements de santé et médico-sociaux et les professionnels de santé pour la durée de l'expérimentation.

**Amendement AS341**

C. – ...

... Parlement avant le 30 septembre 2016.

**Amendement AS360**

II. – A. – ...

L. 324-1 du code de la sécurité sociale. La liste ...

... sociale.

**Amendement AS342**

Pour la ...

... L. 162-22-13, au paiement direct des honoraires par le malade prévu à l'article ...

... L. 162-5-17.

**Amendement AS343**

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

B. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

C. – En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement.

Article 35

I. – Après l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 174-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 174-1-2. – Une part du montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 peut être transférée, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, vers le fonds d'intervention régional mentionné aux articles L. 1435-8 et L. 1435-9 du code de la santé publique. De la même manière, une part du montant du fonds d'intervention régional dont la gestion est déléguée à l'agence régionale de santé peut être transférée vers la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1. Ces transferts ne peuvent conduire à ce que l'une ou l'autre des dotations concernées soit diminuée au-delà d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans la limite de 1 % du montant des dotations régionales concernées.

« Les transferts réalisés en cours d'année sont pris en compte en fin d'année par correction, d'une part, du montant de

C. – ...

... Parlement avant le 30 septembre 2016.

**Amendement AS361**

Article 35

« Art. L. 174-1-2. – ...

... de santé, au fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. ...

... concernées.

**Amendement AS345**

Code de la sécurité sociale

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<b>Code de la santé publique</b>	l'objectif mentionné à l'article L. 174-1-1 du même code et, d'autre part, de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique. »	
Art. L. 1435-9. Les ressources du fonds sont constituées par :	II. – Le 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique est complété d'une phrase ainsi rédigée :	
1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;	« Il peut être révisé en cours d'année pour tenir compte des transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale. »	
.....	Article 36	Article 36
<b>Code de la sécurité sociale</b>	I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	
Art. L. 162-22-14. – Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par l'État en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu à l'article L. 162-22-13.	1° À l'article L. 162-22-14, les mots : « ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie » sont supprimés ;	
Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées à l'article L. 162-22-15.	2° L'article L. 162-22-15 est ainsi modifié :	
Art. L. 162-22-15. – Les forfaits annuels et les dotations de financement		

## Dispositions en vigueur

des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 sont versés, dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

La répartition des sommes versées au titre de l'alinéa précédent aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 d'une part, et la répartition de celles versées aux établissements de santé privés mentionnés au d du même article d'autre part, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.

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

Art. L. 174-2. – Les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.

Le montant des dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 est réparti après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. À défaut d'accord entre les régimes, l'État fixe cette répartition.

## Texte du projet de loi

a) Après les mots : « sont versés » sont ajoutés les mots suivants : « aux établissements mentionnés aux a, b, c de l'article L. 162-22-6, d'une part, et aux établissements mentionnés au d du même article, d'autre part, » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

3° À l'article L. 174-2, le deuxième alinéa et les mots : « et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations » sont supprimés ;

## Propositions de la Commission

*3° bis Au second alinéa des articles L. 174-2-2 et L. 174-9-1, la référence : « L. 174-2 » est remplacée par la référence : « L. 175-2 » ;*

**Amendement AS346**

## Dispositions en vigueur

Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations.

Art. L. 174-12. – Les dépenses des services gérés par les personnes morales de droit public ou privé mentionnées à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique ayant passé avec l'État une convention pour participer à la lutte contre les maladies mentales font l'objet d'une dotation annuelle à la charge de l'assurance maladie. Le montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1 du présent code.

La dotation est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 174-1.

La dotation est versée et répartie entre les régimes dans les conditions prévues à l'article L. 174-2.

Art. L. 174-15-1. – Les dépenses d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités réalisées en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Chaque année, le montant de cette dotation, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est versée pour l'ensemble des régimes par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Pour la répartition entre les régimes d'assurance maladie, les sommes versées au service de santé des armées s'ajoutent à celles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.

Les dispositions de l'article L. 174-3 sont applicables au service de santé des armées.

## Texte du projet de loi

4° Au dernier alinéa de l'article L. 174-12, les mots : « et répartie entre les régimes » sont supprimés ;

5° La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 174-15-1 est supprimé ;

## Propositions de la Commission



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

6° Le chapitre V du titre VII du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 175-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 175-2. – Les sommes versées au titre des forfaits et des dotations annuels mentionnés aux articles L. 162-22-15, L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-12 et L. 174-15-1 sont réparties entre les régimes d'assurance maladie selon des coefficients fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé en fonction des charges observées pour chacun des régimes dans le système commun d'information mentionné à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique pour le dernier exercice connu. »

*I bis. – À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, la référence : « L. 174-2 » est remplacée par la référence : « L. 175-2 »*

**Amendement AS347**

**Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004**

II. – L'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :

Art. 33. – Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> 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 l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> 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. – 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

## Dispositions en vigueur

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 1er janvier. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé 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

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

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.

La dérogation prévue au présent I prend fin au plus tard au 1<sup>er</sup> mars 2016 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code.

**Texte du projet de loi**

1° Au dernier alinéa du I, après les mots : « au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2016 », sont insérés les mots : « pour les actes et consultations externes et au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2018 pour les autres prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire » ;

2° Il est rétabli un VII ainsi rédigé :

« VII. – Jusqu'à la date de fin de dérogation prévue au I, les dispositions de l'article L. 175-3 du code de la sécurité sociale s'appliquent également aux dépenses liées aux prestations d'hospitalisation. »

III. – Les dispositions du I et du 2° du II entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014 et s'appliquent, le cas échéant, à la régularisation comptable de l'exercice 2013 faite en 2014.

Article 37

I. – À titre expérimental et pour une période de quatre ans, la délivrance dans des officines de pharmacie des médicaments à usage humain appartenant à la classe des antibiotiques se fait à l'unité, lorsque leur forme pharmaceutique le permet.

**Propositions de la Commission**

« VII. – Jusqu'à la fin de la dérogation ...  
... l'article L. 175-2 du code ...  
... d'hospitalisation. »

**Amendements AS348 et AS349**

Article 37

I. – ...  
... de trois ans, la ...

... permet.

**Amendement AS129**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

II. – Un décret détermine pour ces médicaments les conditions de désignation des officines des régions retenues pour participer à cette expérimentation. Il définit en outre pour les médicaments concernés les modalités de délivrance, de conditionnement, d'étiquetage et de traçabilité. Il détermine en fonction du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, les règles de fixation du prix à l'unité de vente au public, de prise en charge par l'assurance maladie, de facturation et prévoit les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre.

III. – L'expérimentation fera l'objet d'une évaluation selon des modalités fixées par le décret prévu au II du présent article.

IV. – Le Gouvernement présente au Parlement au plus tard le 31 juillet 2017 un rapport dressant le bilan de l'expérimentation prévue au présent article, notamment au regard de son impact sur les dépenses et le bon usage des médicaments concernés.

**Article 38**

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 15° de l'article L. 5121-1 est modifié dans les conditions suivantes :

a) Avant les mots : « Sans préjudice », il est inséré la mention : « a ) » ;

II. – ...

... délivrance, d'engagement de la responsabilité des différents acteurs de la filière pharmaceutique dans le cadre de cette expérimentation, de conditionnement, d'étiquetage, d'information de l'assuré et de traçabilité, après la consultation des professionnels concernés. Il détermine ...

... œuvre.

**Amendements AS107, AS131 et AS132**

IV. – ...

... le 30 septembre 2016 un rapport ...

... concernés.

**Amendement AS130**

**Article 38**

**Code de la santé publique**

Art. L. 5121-1. – On entend par :

.....

15° Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, médicament biologique similaire, tout médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais qui ne

**Dispositions en vigueur**

remplit pas les conditions prévues au a du 5° du présent article pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication et nécessitant que soient produites des données précliniques et cliniques supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire ;

16° Médicament à base de plantes, tout médicament dont les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes ou une association de plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes.

Art. L. 5121-10-2. – Pour un médicament biologique similaire défini au 15° de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent au médicament biologique de référence. Le demandeur de l'autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de sa demande.

**Texte du projet de loi**

b) Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Un médicament biologique ne peut être qualifié de médicament biologique de référence que si son autorisation a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation ;

« b) Groupe biologique similaire, le regroupement d'un médicament biologique de référence et de ses médicaments biologiques similaires, tels que définis au a du 15°. Ils sont regroupés au sein du répertoire des groupes biologiques similaires. » ;

2° L'article L. 5121-10-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « 15° de l'article L. 5121-1 » sont remplacés par les mots : « au a du 15° de l'article L. 5121-1 » ;

**Propositions de la Commission**

« b) ...

... similaires *établi*  
par l'Agence nationale de sécurité du  
médicament et des produits de santé.

**Amendement AS135**

### Dispositions en vigueur

Lorsque l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché pour un médicament biologique similaire, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence.

La commercialisation du médicament biologique similaire ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle du médicament biologique de référence, sauf accord du titulaire de ces droits.

Préalablement à la commercialisation, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique similaire informe le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé des indications, formes pharmaceutiques et dosages du médicament biologique de référence pour lesquels les droits de propriété intellectuelle n'ont pas expiré.

Aux seules fins d'en garantir la publicité, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé tient à la disposition du public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à un médicament biologique de référence si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies.

Le présent article s'applique également aux médicaments présentant des caractéristiques communes par rapport à un médicament de référence mais ne répondant pas à la définition du médicament générique en raison de différences portant sur un ou plusieurs

### Texte du projet de loi

b) Au troisième alinéa, avant les mots : « la commercialisation », il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Le directeur général de l'agence procède à l'inscription du médicament biologique similaire dans le répertoire des groupes biologiques similaires prévu au b du 15° de l'article L. 5121-1 au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence. » ;

c) Au dernier alinéa, après les mots : « présent article », sont insérés les mots : « à l'exception du troisième alinéa » ;

### Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

éléments de cette définition nécessitant que soient produites des données supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire.

Art. L. 5121-20. – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État, et notamment :

.....

**Texte du projet de loi**

3° À l'article L. 5121-20, il est ajouté un 19° ainsi rédigé :

« 19° La procédure d'inscription au répertoire des groupes biologiques similaires mentionné au b du 15° de l'article L. 5121-1 et à l'article L. 5121-10-2 » ;

4° Après l'article L. 5125-23-1, il est inséré un article L. 5125-23-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 5125-23-2. – Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire, lorsque les conditions suivantes sont remplies :

« 1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire mentionné au b du 15° de l'article L. 5121-1 ;

« 2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire ;

« 3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite ;

« 4° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*« 5° Le prescripteur peut porter sur la prescription la mention « en initiation de traitement » ou « en continuité d'un traitement déjà initié avec ce même médicament biologique similaire ».*

**Amendement AS136**

« Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.

« Le pharmacien assure la dispensation de ce même médicament biologique lors du renouvellement de la prescription ou d'une nouvelle ordonnance de poursuite de traitement.

« Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement.

« Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de substitution du médicament biologique et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, sont précisées par décret en Conseil d'État. »

**Code de la sécurité sociale**

Art. L. 162-16. – Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 593 du code de la santé publique.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les



## Dispositions en vigueur

assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité décidé par le Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition conjointe des ministres concernés, qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité.

Les dispositions du cinquième alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire.

Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.

Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.

En cas d'inobservation des dispositions des cinquième et sixième alinéas, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux cinquième et sixième alinéas, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. À défaut, ce montant est arrêté par les ministres

## Texte du projet de loi

II. – Au cinquième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « article L. 5125-23 », sont ajoutés les mots : « ou de l'article L. 5125-23-2 » et les mots : « la plus chère » sont remplacés par les mots : « ou du médicament biologique similaire le plus cher ».

## Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.</p> <p>.....</p>	<p>Article 39</p>	<p>Article 39</p>
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>	<p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Art. L. 162-16-5-1. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'un médicament bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique déclare au comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. En l'absence de laboratoire exploitant, toute pharmacie à usage intérieur intéressée à l'achat de ce médicament déclare au comité le montant de l'indemnité qui lui est réclamée pour acquérir le produit si cette indemnité n'a pas déjà fait l'objet d'une déclaration au comité. Le comité rend publiques ces déclarations.</p>	<p>1° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié :</p>	
<p>Le laboratoire exploitant la spécialité ou, à défaut, les pharmacies à usage intérieur qui se sont procuré ce produit informent annuellement le comité économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues.</p>	<p>a) Au premier alinéa, après les mots : « du code de la santé publique », sont insérés les mots : « ou pris en charge en application des dispositions de l'article L. 162-16-5-2 » ;</p>	
<p>Si le prix ou le tarif de remboursement fixé ultérieurement par le comité économique des produits de santé pour le médicament lors de son inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, ce dernier demande au laboratoire de reverser aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, tout ou partie de la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé sur la base de l'indemnité et celui qui aurait résulté de</p>	<p>b) Au dernier alinéa, les mots : « ce dernier demande au » et : « de reverser » sont respectivement remplacés par les mots : « le » et : « reverse » et les mots : « tout ou partie de » sont supprimés ;</p>	

**Dispositions en vigueur**

la valorisation des unités vendues au prix ou au tarif de remboursement fixé par le comité. Le produit de cette remise est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8.

**Texte du projet de loi**

2° Après l'article L. 162-16-5-1, il est inséré un article L. 162-16-5-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5-2. – Un médicament qui, préalablement à l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets ou de la date de fin d'octroi de l'autorisation temporaire d'utilisation fixée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques. Seul peut être pris en charge à ce titre un médicament utilisé au profit de patients traités dans les indications ayant bénéficié de l'autorisation temporaire d'utilisation, pour lesquelles il n'existe pas d'alternative thérapeutique appropriée et qui sont mentionnées dans l'autorisation de mise sur le marché ou font l'objet d'une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation.

« Par dérogation à l'alinéa précédent, lorsque le traitement a été initié au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation dans une indication non mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché, la prise en charge du médicament est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.

« La prise en charge mentionnée aux deux alinéas précédents dure jusqu'à ce qu'une décision relative à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

marché, sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code ou aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ait été prise et, le cas échéant, jusqu'à ce que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix ait été publié.

« Les dispositions du présent article cessent de s'appliquer si aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 n'a été déposée, pour le médicament considéré, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché. »

II. – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014. Les spécialités ayant bénéficié des dispositions de l'article 24 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé et pour lesquelles aucune décision n'a été prise, au titre de leur autorisation de mise sur le marché, sur leur inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code ou sur une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, continuent à bénéficier des dispositions de cet article jusqu'au 1<sup>er</sup> août 2014.

**Texte en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Article 40

Article 40

*(Sans modification)*

Il est ajouté à la section 1 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale un article L. 138-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 138-9-1. – Tout fournisseur des officines de spécialités génériques définies au a du 5<sup>o</sup> de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est tenu de déclarer au comité économique des produits de santé mentionné à l'article L. 162-17-3 du

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

présent code les montants totaux, par année civile et par spécialité pharmaceutique, des chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties, conformément à l'article L. 138-9 du présent code, au titre des ventes de ces spécialités pharmaceutiques remboursables aux officines de pharmacie.

« Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis ou lorsque cette déclaration s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par le fournisseur au titre du dernier exercice clos. La pénalité est reductible, le cas échéant, chaque année.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au comité économique des produits de santé.

« Les modalités et délais de déclaration des montants des chiffres d'affaires et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties ainsi que les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État. »

Article 41

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – L'article L. 162-22-7 est ainsi modifié :

1° Au début de l'article, il est inséré un : « I. » ;

Art. L. 162-22-7. – L'État fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées.

Bénéficient d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi conjointement par le directeur général de l'agence régionale

Article 41

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

de santé et l'assurance maladie dans des conditions définies par décret.

Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés.

Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations bénéficient d'un remboursement à hauteur de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés.

**Texte du projet de loi**

2° Il est ajouté un « II. – » ainsi rédigé :

« II. – Lorsque l'agence régionale de santé constate, notamment sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au I, au sein d'un établissement de santé, des prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, elle peut conclure un avenant annuel au contrat mentionné au I comportant les mesures nécessaires à l'amélioration et à une plus grande efficacité des pratiques

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Art. L. 162-22-7-2. – L'État arrête, sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2, deux taux prévisionnels d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes respectivement à ces spécialités pharmaceutiques et à ces produits et prestations.

Lorsqu'elle estime, compte tenu des référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, que le dépassement d'au moins un de ces taux par un établissement de santé n'est pas justifié, l'agence régionale de santé conclut, pour une durée d'un an, avec les autres signataires du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7, un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques de cet établissement. Ce plan d'actions est annexé au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations.

de prescription de cet établissement pour les produits concernés.

« En cas de refus de l'établissement de signer l'avenant mentionné au précédent alinéa ou en cas de non-respect manifeste de ces dispositions, l'agence régionale de santé peut, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations et en tenant compte des manquements constatés, prononcer la réduction du remboursement de 10 % de la part prise en charge par l'assurance maladie pour une durée d'un an. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant du I, dans la limite maximale de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.

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

II. – L'article L. 162-22-7-2 est abrogé. Ses dispositions continuent de s'appliquer aux plans d'actions conclus avant la date de publication de la présente loi jusqu'à leur échéance.



**Dispositions en vigueur**

En cas de refus de l'établissement de signer ce plan ou si l'établissement ne respecte pas le plan auquel il a souscrit, le remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie est réduit à concurrence de 10 %, pour une durée d'un an, en fonction des manquements observés, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant de l'article L. 162-22-7, dans la limite maximale de 30 %. La différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

**Texte du projet de loi**

Article 42

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – Après l'article L. 162-1-7-2, il est rétabli un article L. 162-1-8 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-8. – En l'absence de hiérarchisation par la commission prévue au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, d'un acte innovant ne relevant pas de l'article L. 162-1-7-1 et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis à l'article L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation de cet acte.

« Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa, la décision d'inscription de cet acte est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai maximal de trente jours à compter de l'expiration du délai mentionné à l'alinéa précédent.

**Propositions de la Commission**

Article 42

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Art. L. 162-1-7-1. – Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les biologiste-responsable et biologistes coresponsables mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7.

« En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le délai mentionné au deuxième alinéa, l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.

« Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'État. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret. »

II. – L'article L. 162-1-7-1 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« En l'absence de décision d'inscription des actes innovants dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique dans un délai maximal qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en précise les motifs aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'État. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret. »

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Article 43

À l'article L. 162-1-1 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un cinquième alinéa ainsi rédigé :

Article 43

À l'article *L. 162-1-11* du ...

... rédigé :

**Amendement AS133**

Art. L. 162-1-11. – Les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie assurent, par tous moyens adaptés, une mission générale d'information des assurés sociaux, en vue notamment de faciliter l'accès aux soins et à la protection sociale et de leur permettre de connaître les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'ils reçoivent sont pris en charge.

Les assurés sociaux peuvent obtenir toutes informations utiles portant notamment sur les tarifs applicables, les taux de remboursement et les conditions de prise en charge des services et des produits de santé, ainsi que sur le bon usage des soins ou de ces produits.

Les caisses peuvent également mettre en oeuvre des services de conseils administratifs ou d'orientation. Ces services doivent permettre aux assurés de disposer des informations nécessaires pour accéder à la prévention et aux soins dans les meilleures conditions. Ils peuvent en particulier fournir tous éléments d'information sur les services assurés par les établissements de santé et sur la situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles ou réglementaires les régissant ainsi que sur leur adhésion aux contrats prévus à l'article L. 162-12-21 du présent code et à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, et leur participation à la formation continue, à la coordination des soins et à la démarche d'évaluation de la qualité professionnelle prévue à l'article L. 4133-1 du code de la santé publique. Ils fournissent également tous éléments d'information sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés et toutes informations utiles à la bonne orientation du patient dans le système de soins.

**Dispositions en vigueur**

Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé.

Les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions et veillent à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires.

Les organismes qui gèrent un régime obligatoire pour le compte d'une caisse d'assurance maladie peuvent, dans le cadre d'une convention spécifique, être associés à la mission prévue par le présent article.

Les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions, en veillant à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires, et en l'évaluant chaque année avec le concours de représentants des familles et des usagers.

**Texte du projet de loi**

« Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'aide au sevrage tabagique visant à apporter des conseils et un soutien pour favoriser l'arrêt du tabac à l'attention des personnes bénéficiaires de la prescription d'un traitement de substitution nicotinique. »

Article 44

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La section 1 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-4-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-4-5. – Le médecin qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3, qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, et le biologiste médical

**Propositions de la Commission**

Article 44

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

qui effectue ces examens, sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie » ;

2° Dans la section 2 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-8, il est créé un article L. 162-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-8-1. – La sage-femme qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 est tenue de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. »

Article 45

Article 45

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

A. – Le titre VI est ainsi modifié :

1° L'article L. 861-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Art. L. 861-1. – Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Cette révision prend effet chaque année au 1<sup>er</sup> juillet. Elle tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.

### Dispositions en vigueur

Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge.

Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa.

Art. L. 863-1. – Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 35 %. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.

### Texte du projet de loi

« Les étudiants bénéficiaires de certaines prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation, déterminées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la sécurité sociale, peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. » ;

2° Le chapitre III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa de l'article L. 863-1, après les mots : « les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels », sont insérés les mots : « sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 863-6, respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et » ;

### Propositions de la Commission

## Dispositions en vigueur

Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats.

Il est égal à 100 euros par personne âgée de moins de seize ans, à 200 euros par personne âgée de seize à quarante-neuf ans, à 350 euros par personne âgée de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 euros par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.

Art. L. 863-6. – Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est subordonné à la condition que les garanties assurées ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.

## Texte du projet de loi

b) L'article L. 863-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 863-6. – Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est réservé aux contrats d'assurance complémentaire de santé individuels respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure vise à sélectionner des contrats offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues à l'article L. 871-1. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'État dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination.

« Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection des contrats, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie.

« La liste des contrats ainsi sélectionnés est rendue publique et est communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé. » ;

## Propositions de la Commission

## Dispositions en vigueur

Art. L. 863-7. – Bénéficiaire du label intitulé « Label ACS » les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'État, le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire mentionnée à l'article L. 182-3. Le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 établit, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances offrant de tels contrats. Les caisses d'assurance maladie communiquent cette liste aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

Art. L. 871-1. – Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1<sup>o</sup> quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du 13<sup>o</sup> de l'article 995 et du 2<sup>o</sup> bis de l'article 1001 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du présent code et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'État après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces

## Texte du projet de loi

c) L'article L. 863-7 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 863-7. – À l'expiration de son droit au bénéfice de la déduction prévue à l'article L. 863-2, toute personne ayant bénéficié d'un contrat mentionné à l'article L. 863-6 reçoit de l'organisme auprès duquel elle avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure mentionnée à l'article L. 863-6. Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé avant la déduction opérée au titre de l'article L. 863-2 ».

B. – L'article L. 871-1 est ainsi modifié :

## Propositions de la Commission



**Dispositions en vigueur**

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 régie par le code des 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, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 161-36-2. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.

Elles prévoient également la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions de celui-ci.

**Texte du projet de loi**

1° Au deuxième alinéa, les mots : « visée à l'article L. 161-32-2 » sont remplacés par les mots : « mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique » ;

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

« Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

**Propositions de la Commission**

« Elles ...

... régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

**Amendement AS354**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

« Elles fixent les conditions, qui peuvent comprendre un niveau minimal de prise en charge et un plafond tarifaire, dans lesquelles les dépassements d'honoraires perçus lors de consultations ou d'autres actes des médecins ainsi que les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement peuvent être pris en charge. »

... tarifaire, de prise en charge des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. La prise en charge des dépassements d'honoraires perçus lors de consultations ou d'autres actes des médecins ne peut excéder 150 % du tarif opposable. »

**Amendement AS274**

II. – Les dispositions des articles L. 863-1, L. 863-6 et L. 863-7, dans leur rédaction issue du 2<sup>o</sup> du A du I, s'appliquent aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Les dispositions du B du I entrent en vigueur, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

*Article additionnel après l'article 45*

*L'article L. 863-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

Art. L. 863-3. – L'examen des ressources est effectué par la caisse d'assurance maladie dont relève le demandeur. La décision relative au droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. La délégation de pouvoir accordée au directeur de la caisse en application du troisième alinéa de l'article L. 861-5 vaut délégation au titre du présent alinéa. L'autorité administrative ou le directeur de la caisse est habilité à demander toute pièce justificative nécessaire à la prise de décision auprès du demandeur. Cette décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la juridiction mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

**Dispositions en vigueur**

—

La caisse remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit dont le contenu est déterminé par arrêté interministériel. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise régie par le code des assurances, l'intéressé bénéficie de la déduction prévue à l'article L. 863-2.

Art. L. 613-8. – Pour bénéficiaire, le cas échéant, du règlement des prestations en espèces pendant une durée déterminée, l'assuré doit être à jour de ses cotisations annuelles dans des conditions fixées par décret. Le défaut de versement des cotisations ne suspend le bénéfice des prestations qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la date d'échéance. Cependant, en cas de paiement plus tardif, il peut, dans un délai déterminé, faire valoir ses droits aux prestations, mais le règlement ne peut intervenir que si la totalité des cotisations dues a été acquittée avant l'expiration du même délai.

**Texte du projet de loi**

Article 46

I. – L'article L. 613-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

**Propositions de la Commission**

—

*« Le droit à cette déduction est renouvelé automatiquement pour les personnes qui bénéficient de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n°2004-605 du 24 juin 2004. »*

**Amendements AS275 et AS251**

Article 46

## Dispositions en vigueur

Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application de l'article L. 621-70 du code de commerce ou lorsque la commission de recours amiable de la caisse mutuelle régionale accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux prestations à compter du prononcé du jugement ou de la prise de décision de la caisse mutuelle régionale, dès lors qu'il s'acquitte régulièrement des cotisations dues selon l'échéancier prévu ainsi que des cotisations en cours.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, l'assuré dont l'entreprise a fait l'objet d'une liquidation judiciaire et qui ne remplit plus les conditions pour relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire peut bénéficier à compter du jugement de liquidation judiciaire des dispositions de l'article L. 161-8.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 612-9, l'assuré qui devient titulaire d'une allocation ou d'une pension de vieillesse et dont les cotisations dues au régime obligatoire d'assurance maladie au titre de la période d'activité professionnelle non salariée non agricole ont été admises en non-valeur peut faire valoir son droit aux prestations.

L'assuré qui reprend une activité non salariée non agricole postérieurement à une liquidation judiciaire clôturée pour insuffisance d'actif et à une admission en non-valeur des cotisations dues peut faire valoir son droit aux prestations à compter du début de sa nouvelle activité, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à la condition de ne pas avoir fait l'objet

## Texte du projet de loi

a) Les mots : « de l'article L. 621-70 » sont remplacés par les mots : « des dispositions du livre VI du code de commerce » ;

b) Avant les mots : « la commission de recours amiable », sont insérés les mots : « la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou » ;

c) Les mots : « la commission de recours amiable de la caisse mutuelle régionale » sont remplacés par les mots : « la commission de recours amiable de la caisse du régime social des indépendants » ;

d) Après les mots : « de la prise de décision », les mots : « de la caisse mutuelle régionale » sont remplacés par les mots : « desdites commissions » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « Par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, » sont supprimés.

## Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>d'un précédent jugement de clôture pour insuffisance d'actif. Les cotisations visées dans ce cas sont celles dues par l'assuré, au titre de la reprise d'une activité non salariée non agricole.</p>	<p>II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	<p>« Lorsque ... ... dispositions du livre VI du code de commerce ou ...</p>
<p><b>Code de la pêche rural et maritime</b></p>	<p>1° L'article L. 732-15, dans sa rédaction antérieure à celle résultant du 8° du I de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, est complété par trois alinéas ainsi rédigés :</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>« Pour bénéficier du règlement des indemnités journalières prévues à l'article L. 732-4, l'assuré doit être à jour de la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1.</p>	
	<p>« Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application des dispositions de la sixième partie du code de commerce ou lorsque la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la caisse de mutualité sociale agricole accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux indemnités journalières à compter du prononcé du jugement ou de la décision de la commission ou de la caisse, sous réserve que l'échéancier de paiement concernant la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1 soit respecté.</p>	
	<p>« Un décret fixe les conditions d'application du présent article. » ;</p>	<p>... respecté. <b>Amendement AS353</b></p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

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° du présent article ;

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° du présent article.

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.

2° L'article L. 732-4, dans sa rédaction résultant de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, est ainsi modifié :

a) Après le cinquième alinéa, il est inséré l'alinéa suivant :

« En cas d'interruption de travail, l'assuré envoie au service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole, dans un délai déterminé par décret, un avis d'arrêt de travail qui comporte la signature du médecin. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction dans des conditions fixées par décret. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée. » ;

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Les articles L. 323-6 et L. 323-7 du code de la sécurité sociale sont applicables au service des prestations prévues au présent article.</p>	<p>b) Au sixième alinéa, devenu le septième, avant les mots : « L. 323-6 » sont insérés les mots : « L. 323-5, » ;</p>	
<p>Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.</p>	<p>3° L'article L. 752-24 est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 752-24. – Tout accident du travail et toute maladie professionnelle dont est victime le chef d'exploitation ou les autres personnes mentionnées à l'article L. 752-1 doit être déclaré à l'organisme assureur dans un délai et des conditions fixés par décret. Il appartient à l'organisme assureur saisi d'une déclaration d'accident d'apporter la preuve de son caractère non professionnel.</p>	<p>a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>En vue de son indemnisation, la victime remet au praticien consulté la feuille d'accident délivrée par l'organisme assureur auprès duquel elle est assurée.</p>	<p>« Tout accident du travail et toute maladie professionnelle dont est victime le chef d'exploitation ou les autres personnes mentionnées à l'article L. 752-1 est déclaré à la caisse de mutualité sociale agricole dans un délai et des conditions fixées par décret. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée. Il appartient à la caisse de mutualité sociale agricole saisie d'une déclaration d'accident d'apporter la preuve de son caractère non professionnel. » ;</p>	
<p>La date de guérison ou de consolidation de la blessure est fixée par l'organisme assureur sur avis du service du contrôle médical de la mutualité sociale agricole, connaissance prise du certificat médical du praticien consulté.</p>	<p>b) Au troisième alinéa, les mots : « l'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et après les mots : « contrôle médical », les mots : « de la mutualité sociale agricole » sont supprimés ;</p>	
	<p>4° Après l'article L. 732-8, il est inséré un article L. 732-8-1 ainsi rédigé :</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

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.

**Loi n° 2012-1404 du  
17 décembre 2012 de financement de  
la sécurité sociale pour 2013**

Art. 37. – I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° L'article L. 723-11 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; » ;

b) Il est ajouté 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 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. » ;

« Art. L. 732-8-1. – Si la caisse de mutualité sociale agricole n'en a pas pris l'initiative, l'assuré peut déposer lui-même une demande de pension d'invalidité qui, pour être recevable, doit être présentée dans un délai déterminé par décret. » ;

5° À l'article L. 762-13-1, dans sa rédaction résultant de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, les mots : « Pour l'application de l'article L. 731-13 » sont remplacés par les mots : « Pour l'application des articles L. 731-13, L. 731-35-1 et L. 732-15 » ;

6° La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifiée :

a) Au b du 1° du I de l'article 37, les mots : « ainsi que celle des groupements mentionnés aux articles et L. 752-14 » sont supprimés ;



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. 71. – I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p> <p>.....</p> <p>8° À l'article L. 732-15, les mots : « en nature » sont supprimés ;</p> <p>.....</p>	<p>b) Le 8° du I de l'article 71 est abrogé.</p>	<p><i>Article additionnel après l'article 46</i></p> <p><i>Le Gouvernement remet au Parlement, tous les ans avant le 30 septembre, un rapport sur l'application de la réglementation relative aux conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières prévues à l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale.</i></p> <p><b>Amendement AS231</b></p>
<p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p>	<p>Article 47</p> <p>Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p>	<p>Article 47</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sept sections distinctes selon les modalités suivantes :</p> <p>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.</p> <p>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 :</p>		

**Dispositions en vigueur**

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 les années 2012 et 2013, le pourcentage défini au a est fixé à 13 % ;

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 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 les années 2012 et 2013, le pourcentage défini au a est fixé à 39 % ;

**Texte du projet de loi**

1° Au a bis des 1° et 2° du I, au dernier alinéa du III et aux a bis et b bis du V de l'article L. 14-10-5, les mots : « les années 2012 et 2013 » sont remplacés par les mots : « les années 2012, 2013 et 2014 » ;

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

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.

.....

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 ressources 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 les années 2012 et 2013, ce taux est fixé à 39 %.

**Texte du projet de loi**

**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 les années 2012 et 2013, 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 les années 2012 et 2013, 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.

.....

Art. L. 14-10-9. – Une part des crédits reportés sur l’exercice en cours au titre des excédents de l’exercice précédent est affectée, selon les modalités prévues au dernier alinéa de l’article L. 14-10-5, dans les conditions suivantes :

a) Dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article, ces crédits peuvent être utilisés au financement d’opérations d’investissement immobilier

**Texte du projet de loi**

2° L’article L. 14-10-9 est ainsi modifié :

**Propositions de la Commission**

### Dispositions en vigueur

portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1, ainsi que des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée.

En vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 du présent code et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 ayant conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12, les crédits mentionnés au premier alinéa peuvent être utilisés pour prendre en charge les intérêts des emprunts contractés à cet effet.

b) Dans les deux sous-sections mentionnées au IV de l'article L. 14-10-5, ces crédits peuvent être utilisés pour le financement d'actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification des personnels des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12 ou ont opté pour la dérogation à l'obligation de passer cette convention en application du premier alinéa du I bis de cet article. Ces crédits peuvent également être utilisés pour financer les actions réalisées dans le cadre du plan

### Texte du projet de loi

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

« Ces crédits viennent abonder le budget de chaque agence régionale de santé, à hauteur d'une contribution arrêtée par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine également les conditions d'utilisation et d'affectation de ces crédits, ainsi que celles dans lesquelles les agences régionales de santé rendent compte de son exécution. » ;

### Propositions de la Commission

### Dispositions en vigueur

de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1.

Un arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale, pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, détermine les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits visés par le présent article.

### Texte du projet de loi

b) Au dernier alinéa, les mots : « visés par le présent article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au précédent alinéa. »

#### Article 48

I. – 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 263,34 millions d'euros pour l'année 2014.

### Propositions de la Commission

#### *Article additionnel après l'article 47*

*Après l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré 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 du présent article sont fixés par décret ».*

#### **Amendement AS239**

#### Article 48

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

II. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 138 millions d'euros pour 2014.

III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 22,2 millions d'euros pour l'année 2014.

IV. – 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 91,37 millions d'euros pour l'année 2014.

V. – 1° 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 2014, à 162 millions d'euros, selon une répartition entre les régimes fixée arrêtée par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture ;

**Code de la santé publique**

2° L'article L. 1432-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

Art. L. 1432-6. – Les ressources de l'agence sont constituées par :

1° Une subvention de l'État ;

2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;

a) Le 2° est complété par les mots suivants : « dont le montant et la répartition entre les régimes sont fixés chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture » ;

**Dispositions en vigueur**

3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ;

4° Des ressources propres, dons et legs ;

5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.

Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

**Code de la sécurité sociale**

**Texte du projet de loi**

b) Au dernier alinéa, les mots : « les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées » sont remplacés par les mots : « la contribution prévue au 3° est déterminée. » ;

3° Le 2° du présent V s'applique à compter de l'exercice 2015.

**Article 49**

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 194,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 169,9 milliards d'euros.

**Article 50**

Pour l'année 2014, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

**Cf. tableau en annexe 1**

**Propositions de la Commission**

**Article 49**

*(Sans modification)*

**Article 50**

*(Sans modification)*

*Article additionnel après l'article 50*

*Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*

*I. – Le 3° de l'article L. 162-39 est ainsi rédigé :*



**Dispositions en vigueur**

Art. L. 162-39. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les établissements thermaux sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs des organisations nationales les plus représentatives des établissements thermaux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des établissements thermaux ;

2° Les mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux ;

3° Les tarifs des soins thermaux pris en charge ;

4° Les mesures prévues en cas de manquement des établissements aux obligations de la convention, ainsi que la procédure permettant à ces établissements de présenter leurs observations.

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*« 3° Les tarifs forfaitaires de responsabilité des soins thermaux pris en charge ; le prix limite de facturation des soins thermaux par forfait, tenant compte des facteurs de coûts d'exploitation ; »*

*II. – Après l'article L. 162-39, il est inséré un article L. 162-40 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 162-40. – Les tarifs de responsabilité et le prix limite de facturation des frais de cure thermale mentionnés à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale sont établis par la convention nationale conclue entre une ou plusieurs des organisations nationales les plus représentatives des établissements thermaux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 162-39 du même code.*

*« Les frais occasionnés par les bénéficiaires de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*du code de la sécurité sociale, sont uniquement soumis au tarif de responsabilité ; le prix limite de facturation ne peut pas leur être opposé. ».*

**Amendement AS278**

*Article additionnel après l'article 50*

*Chaque année, le Gouvernement remet au Parlement un rapport détaillant l'évolution de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de santé et les facteurs d'évolution.*

**Amendement AS197**

*Section 2*

***Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse***

Article 51

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 221,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 117,2 milliards d'euros.

*Section 3*

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

Article 52

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 435 millions d'euros pour l'année 2014.

*Section 2*

***Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse***

Article 51

*(Sans modification)*

*Section 3*

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

Article 52

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

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 821 millions d'euros pour l'année 2014.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2014, à 790 millions d'euros.

*IV. – Le Gouvernement évalue l'amélioration des conditions de traitement des dossiers des victimes de l'amiante pour l'accès au Fonds de cessation anticipée d'activité pour les victime directes comme pour les ayant droits, et, dans un souci de prévention, examine l'incidence sur le financement du fonds de l'indemnisation des victimes d'exposition occasionnées par les chantiers de désamiantage, ainsi que les populations exposées de manière chronique dans les bâtis public ou privé. Ses conclusions font l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 1<sup>er</sup> juillet 2014.*

**Amendement AS178**

**Code de la sécurité sociale**

Article 53

Article 53

*(Sans modification)*

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 :

8°) les personnes mentionnées à l'article 2 du décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins pour les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus en dehors de l'exécution du contrat d'engagement maritime ;

Au 8° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « pour les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus en dehors de l'exécution du contrat d'engagement maritime » sont remplacés par les mots : « pour l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles imputables à une faute inexcusable de l'employeur. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. »

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Art. L. 243-6. – La demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées.

Lorsque l'obligation de remboursement desdites cotisations naît d'une décision juridictionnelle qui révèle la non-conformité de la règle de droit dont il a été fait application à une règle de droit supérieure, la demande de remboursement ne peut porter que sur la période postérieure au 1er janvier de la troisième année précédant celle où la décision révélant la non-conformité est intervenue.

En cas de remboursement, les organismes de sécurité sociale et d'allocations familiales sont en droit de demander le reversement des prestations servies à l'assuré ; ladite demande doit être faite dans un délai maximum de deux ans à compter du remboursement desdites cotisations.

Toutefois, lorsque la demande de remboursement des cotisations indûment versées n'a pas été formulée dans le délai de trois ans prévu au premier alinéa ci-dessus, le bénéfice des prestations servies ainsi que les droits à l'assurance vieillesse restent acquis à l'assuré, sauf cas de fraude ou de fausse déclaration.

*Article additionnel après l'article 53*

*I. – Après le premier alinéa de l'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :*

*« Lorsque la demande de remboursement de la cotisation mentionnée à l'article L. 242-5 naît d'une décision administrative ou juridictionnelle qui modifie le taux de la tarification du risque, le remboursement peut porter sur l'ensemble de la période à laquelle s'appliquent les bases ainsi rectifiées. ».*

**Amendement AS355**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 effectuent le remboursement des cotisations indues dans un délai de quatre mois à compter de la demande mentionnée au premier alinéa.</p>	<p>Article 54</p> <p>Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :</p> <p>1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,3 milliards d'euros ;</p> <p>2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,0 milliards d'euros.</p>	<p>Article 54</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
	<p><i>Section 4</i></p> <p><b>Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille</b></p>	<p><i>Section 4</i></p> <p><b>Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille</b></p>
<p>Art. L. 522-2. – Le plafond de ressources déterminant le droit au complément familial varie selon le rang et le nombre des enfants à charge. Il est majoré lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou lorsque la charge des enfants est assumée par une seule personne</p>	<p>Article 55</p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p><i>1°A Après le mot : « lorsque », la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 522-2 est ainsi rédigée : « la charge des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel, soit par une personne seule.</i></p>
<p>Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.</p>		
<p>Un complément différentiel est dû lorsque les ressources excèdent le plafond d'un montant inférieur à une somme déterminée.</p>		<p><b>Amendement AS365</b></p>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Au chapitre II du titre II du livre V, il est rétabli un article L. 522-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 522-3. – Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 522-2. Ce plafond est majoré lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou lorsque la charge des enfants est assumée par une seule personne. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

« Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret. » ;

2° La section III du chapitre V du titre V du livre VII est complétée par un article L. 755-16-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 755-16-1. – Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 755-16. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

« Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret. »

II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2014.

« Art. L. 522-3. – ...

... lorsque la charge des enfants est assumée *soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel, soit par une personne seule*. Le niveau ...

... tabac.

**Amendement AS365**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Art. L. 531-3. – L'allocation de base est attribuée, à compter de la date de la naissance du ou des enfants, au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond. Elle est versée jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite prévu au premier alinéa de l'article L. 531-1.

L'allocation est versée à compter de la date de l'arrivée au foyer, pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie à l'alinéa précédent.

Le plafond de ressources est celui défini à l'article L. 531-2.

Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.

Article 56

I. – L'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond » sont supprimés ;

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

« L'allocation de base est versée à taux partiel aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le plafond défini à l'article L. 531-2. Elle est versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un plafond défini par décret qui varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et qui est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Ce plafond est revalorisé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. » ;

3° Au deuxième alinéa, le mot : « précédent » est remplacé par le mot : « premier » ;

4° Le troisième alinéa est supprimé.

Article 56

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 531-2. – La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption.

La date de versement de cette prime est fixée par décret.

Le plafond de ressources varie selon le rang et le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule.

Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

**Texte du projet de loi**

II. – Au troisième alinéa de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « le rang et » sont supprimés.

III. – Par dérogation à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, les montants de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption mentionnés à l'article L. 531-2 ainsi que le montant de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionné à l'article L. 531-3 du même code dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi, sont, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014, et jusqu'à ce que le montant du complément familial mentionné à l'article L. 522-1 du même code soit supérieur ou égal au montant de l'allocation de base, maintenus à leur niveau en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2013.

IV. – Les dispositions prévues au I et II du présent article sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014 pour les enfants nés ou adoptés à

**Propositions de la Commission**



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Art. L. 531-4. – I. – 1. Le complément de libre choix d'activité est versé à taux plein à la personne qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant.

Les conditions d'assimilation d'un mandat d'élu à une activité professionnelle au sens de l'alinéa précédent sont définies par décret.

2. Le complément est attribué à taux partiel à la personne qui exerce une activité ou poursuit une formation professionnelle rémunérée, à temps partiel. Son montant est fonction de la quotité de l'activité exercée ou de la formation suivie. Les quotités minimale et maximale de l'activité ou de la formation sont définies par décret.

compter du 1<sup>er</sup> avril 2014 et à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017 pour l'ensemble des autres enfants. Pour les personnes qui bénéficient de l'allocation de base mentionnée à l'article L. 531-3 et du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 au titre d'un ou de plusieurs enfants nés ou adoptés avant le 1<sup>er</sup> avril 2014, les plafonds de ressources en vigueur au 31 mars 2014 demeurent applicables, sous réserve de leur actualisation annuelle conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. Lorsque ces personnes ont, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014, du fait d'une naissance ou d'une adoption, un nouvel enfant à charge, il est fait application du I et du II pour l'examen des droits au titre de l'ensemble des enfants à charge.

Article 57

I. – L'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa du 2° du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le complément à taux partiel est attribué au travailleur non salarié, en fonction de la quotité d'activité déclarée sur l'honneur dès lors que cette activité ne lui procure pas une rémunération mensuelle nette ou un revenu professionnel excédant des montants définis par décret. Le complément à taux partiel peut également être attribué lorsque la rémunération ou le revenu perçus sont supérieurs à ces montants,

Article 57

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Les modalités selon lesquelles ce complément à taux partiel est attribué aux personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural et de la pêche maritime ainsi qu'aux élus locaux sont adaptées par décret.

Ce complément à taux partiel est attribué au même taux pendant une durée minimale déterminée par décret. Il ne peut y avoir révision de ce taux au cours de cette durée qu'en cas de cessation de l'activité ou de la formation.

VII. – Le montant du complément de libre choix d'activité est majoré lorsque la personne y ouvrant droit ne bénéficie pas de l'allocation de base mentionnée au 2<sup>o</sup> de l'article L. 531-1.

Art. L. 531-5. – I. – Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.

Ce complément comprend :

a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;

dès lors qu'ils sont proportionnels à la réduction de l'activité déclarée. » ;

2<sup>o</sup> Au deuxième alinéa du 2<sup>o</sup> du I, les mots : « personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural et de la pêche maritime ainsi qu'aux » sont supprimés ;

3<sup>o</sup> Le VII est abrogé.

II. – Les dispositions du 1<sup>o</sup> du I entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2014 et les dispositions du 3<sup>o</sup> du I sont applicables aux enfants nés ou adoptés à compter de cette même date.

Article 58

I. – L'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Article 58

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.

Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule dispose d'un minimum de revenus tirés d'une activité professionnelle. Le montant de ce revenu diffère selon que la charge des enfants est assumée par un couple ou par une personne seule. Un décret précise les conditions dans lesquelles ces modalités sont adaptées aux non-salariés.

.....

Art. L. 531-6. – Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde.

Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2.

Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants versés sont réduits.

L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret.

**Texte du projet de loi**

a) Au cinquième alinéa du I, les mots : « dispose d'un minimum de revenus tirés d' » sont remplacés par le mot : « exerce » ;

b) La deuxième et la troisième phrase du même alinéa sont supprimées.

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales.

Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret.

**Texte du projet de loi**

II. – Au dernier alinéa de l'article L. 531-6 du même code, après les mots : « dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret », sont insérés les mots : « , sous réserve que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas un montant horaire maximum fixé par décret. »

**Article 59**

Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 542-5 et au dernier alinéa de l'article L. 755-21 du code de la sécurité sociale, les paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale ne sont pas révisés pour l'année 2014.

**Article 60**

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 59,2 milliards d'euros.

**Propositions de la Commission**

**Article 59**

*(Sans modification)*

*Article additionnel après l'article 59*

*Par dérogation au quatrième alinéa de l'article L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles, le montant de la première part du fonds spécial finançant les unions d'associations familiales n'est pas révisé pour l'année 2014.*

**Amendement AS358**

**Article 60**

*(Sans modification)*

**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 61

Pour l'année 2014, 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.

Article 61

*(Sans modification)*

Article 62

Pour l'année 2014, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

Article 62

*(Sans modification)*

**Cf. tableau en annexe 1**

*Section 6*

***Dispositions relatives à la gestion 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 des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude***

Article 63

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

Article 63

*(Sans modification)*

Art. L. 221-1. – La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle :

.....

8°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert

**Dispositions en vigueur**

vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'État.

La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie.

Art. L. 767-1. – Le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est un établissement public national à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, qui assure notamment le rôle d'organisme de liaison entre les institutions de sécurité sociale françaises et les institutions de sécurité sociale étrangères pour l'application des règlements de la Communauté européenne et des accords internationaux de sécurité sociale. Le centre assure également ce rôle à l'égard des institutions des territoires et collectivités territoriales françaises ayant une autonomie en matière de sécurité sociale.

Les missions du centre sont définies par décret en Conseil d'État.

Pour l'exercice de ces missions, le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale peut employer des agents non titulaires avec lesquels il conclut des contrats à durée

**Texte du projet de loi**

1° Après le 8° de l'article L. 221-1, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 767-1, la première phrase est complétée par les mots : « sous réserve des dispositions prévues au 9° de l'article L. 221-1 ».

**Propositions de la Commission**

<b>Dispositions en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Propositions de la Commission</b>
<p>déterminée ou indéterminée. Ce centre peut également recruter des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale. Sont préservés les droits à titularisation des agents acquis au titre de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État et de la loi n° 2001-2 du 3 janvier 2001 relative à la résorption de l'emploi précaire et à la modernisation du recrutement dans la fonction publique ainsi qu'au temps de travail dans la fonction publique territoriale.</p>	<p>II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Le recouvrement des créances et le règlement des dettes prévus au I exigibles avant la date mentionnée au premier alinéa sont assurés à compter de cette date par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1.</p>	<p>Article 64 <i>(Sans modification)</i></p>
<p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p>	<p>Article 64 I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 722-14. – Quiconque, à compter de la date où il remplit les conditions d'ouverture du droit aux prestations du régime institué par le présent paragraphe 2, peut, nonobstant toute clause contraire, résilier les contrats d'assurance garantissant les prestations prévues par l'article L. 732-3.</p>	<p>1° L'article L. 722-14 est abrogé ;</p>	
<p>Sauf accord amiable avec l'assureur, la résiliation ne peut porter que sur les parties du contrat accordant la garantie des prestations précitées. Les autres garanties doivent donner lieu à l'établissement d'un avenant.</p>		

### Dispositions en vigueur

La résiliation prend effet le premier jour du mois civil suivant l'envoi d'une lettre recommandée la notifiant à l'assureur.

La fraction de prime ou de cotisation correspondant aux garanties faisant l'objet de la résiliation cesse d'être due à compter de la prise d'effet de celle-ci. Si cette fraction a été perçue d'avance, elle est remboursée dans le délai d'un mois à compter de cette prise d'effet.

Le montant de la taxe unique sur les conventions d'assurance afférent à la fraction de prime ou de cotisation ainsi remboursée sera reversé à l'assuré.

Art. L. 723-43. – La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les organismes visés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés à communiquer au ministère chargé de l'agriculture des informations comprenant des données à caractère personnel, à l'exception de données à caractère médical, pour les besoins de l'instruction et du contrôle des conditions d'attribution des aides économiques en faveur de l'agriculture. L'accès à ces données est réservé aux services de l'État, des collectivités territoriales et des organismes chargés du versement de ces aides dans la mesure nécessaire à l'accomplissement de leurs missions de mise en œuvre et de contrôle de ces aides, lorsque le bénéfice de celles-ci est subordonné à la régularité de la situation des entreprises agricoles et des personnes non salariées agricoles au regard des prescriptions du présent code en matière de protection sociale.

Les caisses de mutualité sociale agricole et les organismes mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés à communiquer aux services compétents placés sous l'autorité du ministre chargé de l'agriculture les renseignements qu'ils détiennent, à

### Texte du projet de loi

2° L'article L. 723-43 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les organismes visés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés » sont remplacés par les mots : « La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole est autorisée » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « et les organismes mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés » sont remplacés par les mots : « sont autorisées » et les mots : « qu'ils détiennent » sont remplacés par les mots : « qu'elles détiennent » ;

### Propositions de la Commission



## Dispositions en vigueur

l'exception des informations à caractère médical, pour les besoins desdits services en vue de la promotion de l'emploi agricole ainsi que du contrôle de l'application de la législation et de la réglementation concernant les régimes de protection sociale des salariés et des non-salariés des professions agricoles.

Le contenu, l'emploi et les conditions de cette communication sont déterminés selon les modalités de l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Art. L. 725-1. – Les caisses de mutualité sociale agricole et les organismes visés à l'article L. 731-30 ont la faculté de prélever sur le montant des prestations dues à leurs adhérents, à l'exception des prestations familiales, des indemnités journalières visées à l'article L. 752-5 et des rentes visées à l'article L. 752-6, les cotisations dont ceux-ci sont redevables à leur égard.

Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent également régler à celles d'entre elles qui leur en ont fait la demande, pour le compte de leurs adhérents et par prélèvement sur le montant des prestations dues à ces derniers, les cotisations dont ils sont redevables au titre des régimes de protection sociale agricole.

Art. L. 725-4. – Les organismes visés à l'article L. 731-30 sont chargés des mêmes missions et disposent des mêmes voies et moyens que les caisses de mutualité sociale agricole en ce qui concerne le recouvrement des cotisations prévues aux articles L. 731-35 à L. 731-38, ainsi que des majorations et pénalités de retard.

Art. L. 725-7. – I. – Sauf le cas de fraude ou de fausse déclaration, les cotisations dues au titre des régimes de protection sociale agricole mentionnés au présent livre, et les pénalités de retard y afférentes, se prescrivent par trois ans à compter de l'expiration de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues. Les actions résultant de l'application de l'article L. 725-3 se

## Texte du projet de loi

3° Au premier alinéa de l'article L. 725-1, les mots : « et les organismes visés à l'article L. 731-30 et » sont supprimés ;

4° L'article L. 725-4 est abrogé ;

## Propositions de la Commission

## Dispositions en vigueur

prescrivent par cinq ans à compter de la mise en demeure.

II. – La demande de remboursement des cotisations mentionnées au I se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées.

Lorsque l'obligation de remboursement desdites cotisations naît d'une décision juridictionnelle qui révèle la non-conformité de la règle de droit dont il a été fait application à une règle de droit supérieure, la demande de remboursement ne peut porter que sur la période postérieure au 1<sup>er</sup> janvier de la troisième année précédant celle où la décision révélant la non-conformité est intervenue.

En cas de remboursement, les caisses de mutualité sociale agricole et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 sont en droit de demander le reversement des prestations servies à l'assuré ; ladite demande doit être faite dans un délai maximum de trois ans à compter du remboursement desdites cotisations.

Toutefois, lorsque la demande de remboursement des cotisations indûment versées n'a pas été formulée dans le délai de trois ans prévu au premier alinéa du présent II, le bénéfice des prestations servies, ainsi que les droits à l'assurance vieillesse restent acquis à l'assuré, sauf cas de fraude ou de fausse déclaration.

III. – Les délais de prescription prévus aux articles L. 332-1 et L. 355-3 du code de la sécurité sociale sont applicables aux actions intentées par les organismes payeurs des régimes de protection sociale agricole en recouvrement des prestations indûment payées.

Art. L. 725-8. – En cas de carence d'une caisse de mutualité sociale agricole ou d'un organisme mentionné à l'article L. 731-30, l'autorité administrative désignée par le ministre chargé de l'agriculture peut se substituer à la caisse ou à l'organisme

## Texte du projet de loi

5° Au quatrième alinéa de l'article L. 725-7, les mots : « et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 » sont supprimés ;

6° À l'article L. 725-8, les mots : « ou d'un organisme mentionné à l'article L. 731-30 » sont supprimés ;

## Propositions de la Commission

## Dispositions en vigueur

pour mettre en jeu les procédures prévues à l'article L. 725-3.

Art. L. 725-12. – Lorsqu'elles sont munies d'un titre exécutoire, au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, à l'encontre des employeurs de main-d'œuvre agricole ou des personnes physiques non-salariées agricoles, les caisses de mutualité sociale agricole habilitées à décerner la contrainte définie au 1° de l'article L. 725-3 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations et majorations et pénalités de retard au titre des régimes de protection sociale agricole bénéficiant du privilège ou ayant donné lieu à une inscription de privilège, en application de l'article L. 725-9.

L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'organisme. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations, majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, mêmes conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article L. 211-2 du code des procédures civile d'exécution à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.

L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

paiement pour la somme qu'il détermine.

Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.

Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévue par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.

Les organismes visés à l'article L. 731-30 disposent de la même procédure d'opposition à tiers détenteur et sous les mêmes conditions que les caisses de mutualité sociale agricole pour le recouvrement des cotisations prévues aux articles L. 731-35 à L. 731-38 ainsi que des majorations et pénalités de retard.

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

Art. L. 725-23. – Lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon une interprétation admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de l'agriculture publiée conformément à la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal ou à l'article 5-1 de l'ordonnance n° 2004-164 du 20 février 2004 relative aux modalités et effets de la publication des lois et de certains actes administratifs, les caisses de mutualité sociale agricole, les organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30 et le groupement d'assureurs mentionné à l'article L. 752-14 ne peuvent procéder à aucun redressement de cotisations et contributions sociales, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation en vigueur, en soutenant une interprétation différente de celle admise par l'administration.

**Texte du projet de loi**

7° Le sixième alinéa de l'article L. 725-12 est supprimé ;

8° À l'article L. 725-23, les mots : « , les organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30 et le groupement d'assureurs mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Art. L. 725-25. – Afin d'en restituer le véritable caractère, les organismes mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 sont en droit d'écartier, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluider ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles le cotisant est tenu au titre de la législation sociale ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles.

9° Au premier alinéa de l'article L. 725-25, les mots : « les organismes mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont remplacés par les mots : « les caisses de mutualité sociale agricole » ;

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.

10° L'article L. 726-2 est abrogé ;

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.

11° L'article L. 726-3 est ainsi modifié :

**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.

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.

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

**Texte du projet de loi**

a) Dans la première phrase, les mots : « ainsi que les assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 peuvent » sont remplacés par le mot : « peut » ;

b) Dans la dernière phrase, les mots : « et aux assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont supprimés ;

12° À l'article L. 731-10, les mots : « et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 » sont supprimés ;

13° L'article L. 731-30 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 731-30. – Les personnes mentionnées à l'article L. 722-10 sont assurées par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

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.

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.

**Texte du projet de loi**

14° Les articles L. 731-31 à L. 731-34 sont abrogés ;

**Propositions de la Commission**

## Dispositions en vigueur

Il est interdit à tout organisme d'assurance de refuser l'inscription volontaire ou l'affiliation d'office d'un assuré, à peine de se voir retirer l'autorisation de garantir les risques prévus au présent paragraphe.

Art. L. 731-34. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application des articles L. 731-30 à L. 731-33. Un règlement approuvé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, du ministre chargé du travail et du ministre chargé de l'économie et des finances précise les clauses types qui doivent figurer dans les statuts et règlements des groupements en ce qui concerne :

1° Les contrats types, tarifs et conditions imposées ;

2° La comptabilité spéciale pour la gestion desdits risques pour laquelle aucun bénéfice ne devra être réalisé ;

3° Le contrôle médical commun.

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° du même article L. 732-4.

La charge des prestations prévues audit 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.

## Texte du projet de loi

15° Au troisième alinéa de l'article L. 731-35-1, dans sa rédaction à venir résultant de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les mots : « , du groupement mentionné à l'article L. 731-31 » sont supprimés ;

## Propositions de la Commission



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

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

Art. L. 732-6-1. – La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole conclut, au nom des caisses de mutualité sociale agricole, une convention avec les organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30, qui précise les relations entre les caisses et lesdits organismes pour organiser la gestion des prestations prévues à l'article L. 732-4. Cette convention et, le cas échéant, ses avenants sont approuvés par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale.

Art. L. 732-7. – Les statuts et règlements des organismes d'assurance mentionnés à l'article L. 731-30 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.

Art. L. 752-1. – III. – Les bénéficiaires de l'assurance prévue au présent chapitre peuvent contracter librement toutes assurances complémentaires ou supplémentaires.  
.....

Art. L. 752-4. – Les dispositions des articles L. 432-1 à L. 432-10 et L. 442-8 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations prévues à la présente section sous les réserves suivantes :

– pour l'application de l'article L. 432-1, la référence aux 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article L. 431-1 est remplacée par la référence aux 1<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> de l'article L. 752-3 du présent code ; pour l'application des articles L. 432-7 et L. 432-9, la référence à l'article L. 433-1 est remplacée par la référence à l'article L. 752-5 du présent code ;

– la feuille d'accident mentionnée à l'article L. 432-3 s'entend de celle prévue à l'article L. 752-24 du présent code ;

16<sup>o</sup> Les articles L. 732-6-1 et L. 732-7, dans leur rédaction à venir résultant de l'article 71 de la loi n<sup>o</sup> 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, sont abrogés ;

17<sup>o</sup> Le III de l'article L. 752-1 est abrogé ;

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>– les organismes assureurs exercent les fonctions dévolues aux caisses primaires d'assurance maladie.</p>	<p>18° Au quatrième alinéa de l'article L. 752-4, les mots : « les organismes assureurs » sont remplacés par les mots : « les caisses de mutualité sociale agricole » ;</p>	<p>—</p>
<p>Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.</p>	<p>19° L'article L. 752-12 est ainsi modifié :</p>	<p>—</p>
<p>Art. L. 752-12. – Les organismes de mutualité sociale agricole sont chargés :</p>	<p>a) Les deuxième, troisième et septième alinéas sont supprimés ;</p>	<p>—</p>
<p>– de certifier l'immatriculation des assurés auprès d'un des organismes mentionnés à l'article L. 752-13 ;</p>	<p></p>	<p>—</p>
<p>– de contrôler le respect de l'obligation d'assurance en liaison avec l'autorité administrative ;</p>	<p></p>	<p>—</p>
<p>– d'assurer le contrôle médical selon les modalités prévues aux articles L. 315-1 à L. 315-3 du code de la sécurité sociale ;</p>	<p></p>	<p>—</p>
<p>– d'animer et de coordonner les actions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les conditions prévues à la section 6 du présent chapitre ;</p>	<p></p>	<p>—</p>
<p>– de classer les exploitations ou entreprises agricoles dans les différentes catégories de risques dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de l'agriculture ;</p>	<p></p>	<p>—</p>
<p>– de centraliser les ressources du régime institué par le présent chapitre et de les répartir entre les organismes assureurs, en fonction des prestations à servir et des frais de gestion ;</p>	<p>b) Le huitième alinéa est ainsi rédigé :</p>	<p>—</p>
<p>– de centraliser les informations nécessaires au fonctionnement du régime, notamment à partir des données fournies par les organismes assureurs autorisés à garantir les risques régis par le présent chapitre, et de les transmettre au ministre chargé de l'agriculture et, en tant que de besoin, aux organismes susmentionnés.</p>	<p>« – de transmettre au ministre chargé de l'agriculture les informations nécessaires au fonctionnement du régime. » ;</p>	<p>—</p>

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 752-13. – Les personnes mentionnées à l'article L. 752-1 choisissent, pour l'affiliation au régime institué par le présent chapitre, entre la caisse de mutualité sociale agricole dont elles relèvent et tout organisme régi par le code des assurances ou le code de la mutualité répondant aux conditions prévues à l'article L. 752-14.

Les assurés expriment leur choix entre ces organismes ou, à défaut, sont affiliés d'office à l'un d'entre eux par l'autorité administrative compétente. Ces affiliations d'office sont réparties proportionnellement aux effectifs recueillis dans le département par chacun des organismes assureurs.

Art. L. 752-14. – Les organismes assureurs autres que les caisses de mutualité sociale agricole doivent être autorisés par le ministre chargé de l'agriculture à garantir les risques régis par le présent chapitre.

Ils délèguent à un groupement constitué par eux et doté de la personnalité morale toutes les opérations relatives au fonctionnement du régime institué par le présent chapitre, notamment celles relatives au recouvrement des cotisations et au versement des prestations. Ce groupement assure la représentation de ses adhérents et des ressortissants du régime vis-à-vis de l'État et des organismes de mutualité sociale agricole.

La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole conclut, au nom des caisses de mutualité sociale agricole, une convention avec le groupement mentionné à l'alinéa précédent qui précise les relations entre les caisses et ledit groupement pour organiser la gestion du régime. Cette convention et ses avenants sont approuvés par arrêté du ministre chargé de l'agriculture dans les trois mois suivant leur conclusion. À défaut d'approbation selon les modalités précitées, ces relations sont précisées par arrêté du ministre chargé de l'agriculture.

**Texte du projet de loi**

20° L'article L. 752-13 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 752-13. – Les personnes mentionnées à l'article L. 752-1 sont assurées par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;

21° L'article L. 752-14 est abrogé ;

**Propositions de la Commission**

## Dispositions en vigueur

Les caisses de mutualité sociale agricole et le groupement mentionné au deuxième alinéa sont autorisés à échanger les seules informations nominatives nécessaires au bon fonctionnement du régime, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Art. L. 752-15. – Est entachée de nullité d'ordre public toute clause ou convention conclue par tout organisme assureur non autorisé à garantir les risques régis par le présent chapitre. Un décret en Conseil d'État précise les peines encourues par l'organisme assureur proposant ou faisant souscrire et tout assuré souscrivant une telle clause ou convention.

Tout organisme assureur refusant l'inscription volontaire ou l'affiliation d'office d'un assuré prévues à l'article L. 752-13 se voit retirer l'autorisation de garantir les risques régis par le présent chapitre.

Art. L. 752-17. – Les ressources du régime institué par le présent chapitre doivent couvrir intégralement ses charges, ci-après énumérées :

1° Prestations prévues à la section 2 du présent chapitre ;

2° Dépenses de prévention ;

3° Frais de gestion et de contrôle médical ;

4° Contribution mentionnée au 7° bis de l'article L. 731-3.

Un arrêté du ministre chargé de l'agriculture fixe, pour chacune des catégories d'exploitation ou d'entreprise mentionnées au 1° de l'article L. 752-16, le montant de la cotisation due par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, 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. 752-14 et des organisations représentatives des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

## Texte du projet de loi

22° Le second alinéa de l'article L. 752-15 est supprimé ;

23° Au sixième alinéa de l'article L. 752-17, les mots : « , du groupement mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;

## Propositions de la Commission

## Dispositions en vigueur

Le montant de la contribution mentionnée au 7° bis de l'article L. 731-3 est pris en compte dans les éléments de calcul de la cotisation qui peuvent être modulés par secteur d'activité dans des conditions déterminées par décret.

Art. L. 752-20. – Les cotisations mentionnées à l'article L. 752-16 sont recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole et le groupement mentionné à l'article L. 752-14, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au titre des régimes de sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles, sous réserve des dispositions spécifiques applicables au régime institué par le présent chapitre.

Les cotisations sont calculées, pour une année donnée, au prorata de la durée d'affiliation audit régime pendant l'année considérée.

Art. L. 752-23. – Lorsque la lésion dont l'assuré est atteint est imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit conservent contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent chapitre. L'organisme assureur est tenu de servir à l'assuré les prestations prévues par le présent chapitre, sauf recours de sa part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions prévues au deuxième alinéa.

Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière ou si elle est partagée avec la victime, l'organisme assureur est admis à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité incombant au tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques et morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au

## Texte du projet de loi

24° Au premier alinéa de l'article L. 752-20, les mots : « et le groupement mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;

25° L'article L. 752-23 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'organisme assureur est tenu » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole est tenue » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « l'organisme assureur est admis » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole est admise » ;

## Propositions de la Commission

## Dispositions en vigueur

préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

La victime ou ses ayants droit sont admis à faire valoir les droits résultant pour eux de l'action en indemnité formée en application des dispositions du premier alinéa par priorité sur ceux de l'organisme assureur en ce qui concerne son action en remboursement.

La victime ou ses ayants droit doivent appeler l'organisme assureur en déclaration de jugement commun ou réciproquement ; à défaut, la nullité du jugement sur le fond peut être demandée pendant deux ans à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande de l'organisme assureur ou du tiers responsable lorsque ces derniers y ont intérêt.

Le cinquième alinéa de l'article L. 454-1 et l'article L. 454-2 du code de la sécurité sociale sont applicables aux non-salariés agricoles.

Ne sont pas regardés comme des tiers pour l'application du présent article, sauf dans le cas où le dommage résulte d'une faute intentionnelle commise par eux, le conjoint, les enfants, ascendants, descendants, alliés en ligne directe, salariés du chef d'entreprise ou d'exploitation, ainsi que toute personne vivant habituellement au foyer de celui-ci.

Art. L. 752-25. – L'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre, destinataire d'une déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle, est tenu de servir à la victime, à titre provisionnel, la totalité des prestations dudit régime jusqu'à la date à laquelle la décision de prise en charge ou de refus de prise en charge est devenue définitive.

## Texte du projet de loi

c) Aux troisième et quatrième alinéas, les mots : « l'organisme assureur » sont remplacés par les termes : « la caisse de mutualité sociale agricole » ;

26° L'article L. 752-25 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « tenu » est remplacé par le mot : « tenue » ;

## Propositions de la Commission

## Dispositions en vigueur

Lorsque la décision de refus de prise en charge est devenue définitive, soit parce que l'assuré ne l'a pas contestée dans les délais impartis, soit à la suite d'une décision judiciaire définitive, le montant des prestations mentionnées au premier alinéa est remboursé à l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre par l'organisme d'assurance maladie dont relève la victime, à concurrence des prestations dues au titre de sa législation. L'organisme d'assurance maladie assure dès lors le versement des prestations nécessitées par l'état de la victime à la suite de l'accident.

En cas de contestation par la victime d'une décision de refus de prise en charge portant sur la nature du risque, l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre est tenu d'appeler l'organisme d'assurance maladie en intervention forcée dans l'instance ; à défaut, la décision judiciaire définitive n'est pas opposable à l'organisme d'assurance maladie.

L'organisme gestionnaire du régime institué par le présent chapitre est fondé à poursuivre auprès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole le remboursement des prestations indûment perçues par les personnes mentionnées à l'article L. 752-1, pour la part excédant le montant des prestations qui auraient dû être versées au titre de la législation d'assurance maladie. L'indu est recouvré selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au titre des régimes de sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles.

En cas d'accident du travail survenu ou de maladie professionnelle constatée alors que le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole n'a pas satisfait à l'obligation d'assurance visée à l'article L. 752-1, l'organisme d'assurance maladie dont relève la victime est tenu de servir, à titre provisionnel, les prestations dans les conditions de sa législation, jusqu'au terme de la procédure d'affiliation d'office.

## Texte du projet de loi

b) Au deuxième alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « tenu » est remplacé par le mot : « tenue » ;

d) Au quatrième alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « fondé » est remplacé par le mot : « fondée » ;

e) Au dernier alinéa, les mots : « d'office » sont supprimés ;

## Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 752-26. – L'organisme assureur a la faculté de prélever sur le montant des indemnités journalières et des rentes éventuellement dues au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, en application des dispositions des articles L. 752-5 et L. 752-6, les cotisations dont celui-ci est redevable pour lui-même et pour les autres personnes mentionnées à l'article L. 752-1 à la date de l'accident.

Art. L. 752-29. – La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole anime et coordonne les actions susceptibles de prévenir les risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles dont peuvent être victimes les personnes mentionnées à l'article L. 752-1. Elle gère un fond de prévention alimenté par une fraction des cotisations mentionnées à l'article L. 752-16, fixée par arrêté du ministre chargé de l'agriculture.

Une commission de la prévention des accidents du travail des non-salariés agricoles, composée de représentants de l'État, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, des organismes assureurs et des organisations représentatives des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, est chargée de définir les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, comprenant notamment des actions de formation aux risques et des expertises médicales et techniques réalisées lors de l'installation des jeunes agriculteurs.

Art. L. 762-15. – Ne sont pas applicables dans les départements d'outre-mer les dispositions des articles L. 723-9 et L. 731-30 à L. 731-34 ainsi que toutes dispositions contraires à la présente section.

Art. L. 762-25. – Les caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer sont chargées de promouvoir l'action sociale en faveur des bénéficiaires de la présente section. Le décret en Conseil d'État, prévu à l'article L. 726-2, détermine les conditions dans lesquelles le fonds

**Texte du projet de loi**

27° À l'article L. 752-26, les mots : « L'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole » ;

28° Au deuxième alinéa de l'article L. 752-29, les mots : « , des organismes assureurs » sont supprimés ;

29° À l'article L. 762-15, la référence aux articles L. 731-30 à L. 731-34 est supprimée ;

30° La deuxième phrase de l'article L. 762-25 est supprimée.

**Propositions de la Commission**



**Dispositions en vigueur**

spécial prévu audit article est appelé à participer à cette action sociale.

**Texte du projet de loi**

II. – Le I du présent article s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

III. – Par dérogation au II, les prestations allouées en application des articles L. 732-3 et L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime aux assurés ayant opté, en application des articles L. 731-30 et L. 752-13 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi, pour les organismes autres que les caisses de mutualité sociale agricole, continuent d'être versées par ces mêmes organismes jusqu'à une date, qui peut être différente pour chaque catégorie de prestation et fixée par décret entre le 30 juin et le 31 décembre 2014.

À cette même date, les droits et obligations des groupements d'assureurs mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime dans leur rédaction antérieure à la présente loi, sont transférés aux organismes de mutualité sociale agricole, dans des conditions fixées par décret.

À compter de cette même date, la gestion des réserves antérieurement constituées pour le compte des branches instituées aux 2<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime par les organismes assureurs mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 du même code, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, est assurée par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Le préjudice susceptible de résulter, pour les groupements mentionnés au deuxième alinéa, du transfert de la gestion des régimes aux caisses de mutualité sociale agricole à la date fixée en application du premier alinéa, et notamment du transfert de leurs droits et obligations mentionné au deuxième alinéa, fait l'objet d'une indemnité fixée dans le cadre d'un constat établi suite à une procédure contradictoire, pour un montant et dans des conditions fixées par décret.

**Propositions de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p align="center"><b>Code du travail</b></p>	<p align="center">Article 65</p>	<p align="center">Article 65</p>
<p>Art. L. 8222-6. – Tout contrat écrit conclu par une personne morale de droit public doit comporter une clause stipulant que des pénalités peuvent être infligées au cocontractant s'il ne s'acquitte pas des formalités mentionnées aux articles L. 8221-3 à L. 8221-5. Le montant des pénalités est, au plus, égal à 10 % du montant du contrat et ne peut excéder celui des amendes encourues en application des articles L. 8224-1, L. 8224-2 et L. 8224-5.</p>	<p>IV. – Les contrats de travail des personnels affectés aux activités transférées en application des dispositions des 14° et 21° du I du présent article sont repris par les organismes de mutualité sociale agricole dans les conditions prévues par les articles L. 1224-1 et L. 1224-2 du code du travail.</p>	<p align="center"><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Toute personne morale de droit public ayant contracté avec une entreprise, informée par écrit par un agent de contrôle de la situation irrégulière de cette dernière au regard des formalités mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5, l'enjoint aussitôt de faire cesser cette situation. L'entreprise ainsi mise en demeure apporte à la personne morale de droit public la preuve qu'elle a mis fin à la situation délictuelle.</p>	<p>V. – Un décret fixe les modalités d'application des III et IV.</p>	
<p>La personne morale de droit public transmet, sans délai, à l'agent auteur du signalement les éléments de réponse communiqués par l'entreprise ou l'informe d'une absence de réponse.</p>	<p>L'article L. 8222-6 du code du travail est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
	<p>« Art. L. 8222-6. – Sans préjudice des dispositions des articles L. 8222-1 à L. 8222-3, toute personne morale de droit public ayant contracté avec une entreprise, informée par écrit par un agent de contrôle de la situation irrégulière de cette entreprise au regard des formalités mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5, l'enjoint aussitôt de faire cesser sans délai cette situation.</p>	
	<p>« L'entreprise mise ainsi en demeure apporte, dans un délai de deux mois, à la personne publique la preuve qu'elle a mis fin à la situation délictuelle. À défaut, le contrat peut être rompu sans indemnité, aux frais et risques de l'entrepreneur.</p>	
	<p>« La personne publique informe l'agent auteur du signalement des suites données par l'entreprise à son injonction.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>À défaut de correction des irrégularités signalées dans un délai fixé par décret en Conseil d'État, la personne morale de droit public en informe l'agent auteur du signalement et peut appliquer les pénalités prévues par le contrat ou rompre le contrat, sans indemnité, aux frais et risques de l'entrepreneur.</p>	<p>« À défaut de respecter les obligations qui découlent des premier et troisième alinéas, la personne morale de droit public est tenue solidairement avec son cocontractant au paiement des impôts, taxes, cotisations, rémunérations et charges mentionnés aux 1<sup>o</sup> à 3<sup>o</sup> de l'article L. 8222-2, dans les conditions prévues à l'article L. 8222-3. »</p>	
<p>À défaut de respecter les obligations qui découlent du deuxième, troisième ou quatrième alinéa du présent article, la personne morale de droit public est tenue solidairement responsable des sommes dues au titre des 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article L. 8222-2, dans les conditions prévues à l'article L. 8222-3.</p>	<p>Article 66</p>	<p>Article 66</p>
<p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p>	<p>I. – L'article L. 751-37 du code rural et de la pêche maritime est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Art. L. 751-37. – La caisse de mutualité sociale agricole poursuit auprès de l'employeur de toute personne étrangère travaillant ou ayant travaillé pour le compte de celui-ci sans satisfaire aux conditions de régularité de séjour et de travail définies par le décret mentionné à l'article L. 115-6 du code de la sécurité sociale le remboursement de la totalité des dépenses qu'elle supporte pour cette personne au titre du présent chapitre.</p>	<p>« Il en est de même lorsque la victime se trouvait en situation de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail.</p>	
	<p>« Dans les cas mentionnés au présent article ainsi qu'à l'article L. 751-36, la caisse de mutualité sociale agricole peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale. »</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Code de la sécurité sociale**

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

Art. L. 162-1-14. – I. – Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 :

1° Au premier alinéa du I, au sixième alinéa du II et au premier alinéa du IV et du V, les mots : « ou de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 ou de l'aide médicale de l'État mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Les employeurs ;

3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ;

4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

II. – La pénalité mentionnée au I est due pour :

1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;

2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant le service des prestations ;

3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ;

4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'État mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ;

5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17, L. 162-1-20 et L. 315-1 ;

6° Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ;

7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;

## Dispositions en vigueur

8° Le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que le patient ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier médical personnel ;

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

10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

III. – Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'État pour la fixation de la pénalité.

Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire.

IV. – Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. À l'expiration de ce délai, le directeur :

1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ;

2° Notifie à l'intéressé un avertissement, sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II ;

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

### Dispositions en vigueur

3° Ou saisit la commission mentionnée au V. À réception de l'avis de la commission, le directeur :

a) Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ;

b) Soit notifie à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.

La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application pour les assurés sociaux de l'article L. 133-4-1.

Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.

Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits.

V. – La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil

### Texte du projet de loi

### Propositions de la Commission

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

d'administration de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.

La commission mentionnée au premier alinéa du présent V apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.

L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.

VI. – Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie ou plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 sont concernés par les mêmes faits mettant en cause une des personnes mentionnées au 3° ou au 4° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom.

La constitution et la gestion de la commission mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés.

VII. – En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire :

2° Au premier alinéa du VI, les mots : « ou plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

3° Au deuxième alinéa du VI, les mots : « ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou à l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;



**Dispositions en vigueur**

1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 peut prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au V ;

2° Les plafonds prévus au premier alinéa du III sont portés respectivement à 200 % et quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 300 % des sommes indûment présentées au remboursement ;

3° La pénalité prononcée ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques mentionnées au 3° du même I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du même I et les personnes morales mentionnées au 3° du même I ;

4° Le délai mentionné au dernier alinéa du III est majoré par voie réglementaire.

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

VIII. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État.

**Texte du projet de loi**

4° Au deuxième alinéa du VII, les mots : « ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles ».

**Propositions de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p align="center">—</p> <p><b>Code de la construction et de l'habitation</b></p>	<p align="center">—</p> <p align="center">Article 67</p>	<p align="center">—</p> <p align="center">Article 67</p> <p align="center"><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Art. L. 351-2-1. – L'aide personnalisée au logement est attribuée dans les conditions fixées par le présent titre aux personnes de nationalité française et aux personnes de nationalité étrangère dans les conditions prévues par les deux premiers alinéas de l'article L. 512-2 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>I. – Le second alinéa de l'article L. 351-2-1 du code de la construction et de l'habitation est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>L'aide personnalisée au logement n'est pas attribuée aux personnes qui sont locataires d'un logement appartenant à l'un de leurs ascendants ou descendants, ou ceux de leur conjoint ou concubin ou de toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil.</p>	<p>« L'aide personnalisée au logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement ou sont titulaires de parts sociales dans une société telle que définie au 1° de l'article 8 du code général des impôts, propriétaire du logement. Un décret fixe le seuil de prise en compte de la part de propriété qui ne peut excéder un cinquième et celui de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes qui ne peut excéder 50 % . »</p>	
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>	<p>II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 542-2. – L'allocation de logement n'est due, au titre de leur résidence principale, qu'aux personnes : .....</p>	<p>1° Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement appartenant à l'un de leurs ascendants ou descendants, ou ceux de leur conjoint ou concubin ou</p>	<p>« L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un</p>	

<b>Dispositions en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Propositions de la Commission</b>
<p>de toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil.</p>	<p>contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement ou sont titulaires de parts sociales dans une société telle que définie au 1° de l'article 8 du code général des impôts, propriétaire du logement. Un décret fixe le seuil de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes de la part de propriété qui ne peut excéder un cinquantième et celui de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes qui ne peut excéder 50 % . » ;</p>	
<p>Art. L. 831-1. – .....</p>	<p>2° Le dernier alinéa de l'article L. 831-1 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement appartenant à l'un de leurs ascendants ou descendants, ou ceux de leur conjoint ou concubin ou de toute personne liée à elles par un contrat conclu en application de l'article 515-1 du code civil.</p>	<p>« Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 du présent code est applicable à l'allocation de logement sociale. »</p>	
<p><b>Code pénal</b></p>	<p>Article 68</p>	<p>Article 68</p>
<p>Art. 313-2. – Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 750 000 euros d'amende lorsque l'escroquerie est réalisée :</p>	<p>I. – Le code pénal est ainsi modifié :</p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>1° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;</p>		
<p>2° Par une personne qui prend indûment la qualité d'une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public :</p>		

**Dispositions en vigueur**

3° Par une personne qui fait appel au public en vue de l'émission de titres ou en vue de la collecte de fonds à des fins d'entraide humanitaire ou sociale ;

4° Au préjudice d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur.

Les peines sont portées à dix ans d'emprisonnement et à 1 000 000 euros d'amende lorsque l'escroquerie est commise en bande organisée.

Art. 441-6. – Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Est puni des mêmes peines le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, un paiement ou un avantage indu.

**Texte du projet de loi**

1° Après le 4° de l'article 313-2, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Au préjudice d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public pour l'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article 441-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu ».

**Propositions de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p align="center">—</p> <p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>	<p>II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p align="center">—</p>
<p>Art. L. 114-13. – Est passible d'une amende de 5 000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant.</p>	<p>1° L'article L. 114-13 est abrogé ;</p>	
<p>Art. L. 162-36. – Toute pharmacie, quel qu'en soit le statut, et, d'une manière générale, toute personne physique ou morale délivrant des produits ou articles donnant lieu à remboursement au titre de l'assurance maladie ou maternité est tenue de mentionner sur les feuilles de maladie ou les documents en tenant lieu, ainsi que sur les ordonnances médicales correspondantes, le montant de la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant, le cas échéant, le montant ou le taux de la réduction accordée.</p>	<p>2° Le troisième alinéa de l'article L. 162-36 est supprimé ;</p>	
<p>À défaut de ces indications, aucun remboursement n'est effectué par l'organisme de sécurité sociale.</p>		
<p>Les auteurs de fraudes ou de fausses déclarations, faites à l'occasion de l'application des dispositions mentionnées au premier alinéa, sont passibles des sanctions prévues à l'article L. 114-13, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.</p>		
<p>Art. L. 382-29. – Les dispositions des articles L. 173-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 217-1, L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 243-4 à L. 243-6, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-11, L. 244-13, L. 244-14, L. 256-1, L. 256-3, L. 256-4, L. 272-1, L. 272-2, L. 281-3, L. 351-14-1, L. 355-2, L. 355-3, L. 114-13, L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables, dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions de la présente section,</p>	<p>3° À l'article L. 382-29, les mots : « L. 114-13 » sont supprimés ;</p>	

**Dispositions en vigueur**

aux personnes, collectivités ou organismes mentionnés à la présente section.

Art. L. 481-2. – Sans préjudice des pénalités prévues à l'article L. 114-13 et des peines plus élevées résultant d'autres lois s'il y échet, le bénéficiaire d'une rééducation professionnelle est tenu au remboursement des sommes qu'il aurait indûment perçues à la suite de toute déclaration inexacte ou incomplète.

Art. L. 583-3. – Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul des prestations familiales, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes débiteurs de prestations familiales selon les modalités de l'article L. 114-14.

La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17.

.....

**Texte du projet de loi**

4° À l'article L. 481-2, les mots : « sans préjudice des pénalités prévues à l'article L. 114-13 et des peines plus élevées résultant d'autres lois pénales s'il y échet » sont remplacés par les mots : « sans préjudice des sanctions pénales encourues » ;

5° À l'article L. 583-3, les mots : « La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17 » sont remplacés par les mots : « sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 » ;

5° À l'article L. 583-3, les mots : « La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17 » sont remplacés par les mots : « sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 » ;

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

Art. L. 623-1. – Pour les professions non agricoles, sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d’application des titres II, III et IV du présent livre et sous réserve des dispositions particulières dudit livre, les articles L. 211-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 231-5, L. 231-6-1, L. 231-12, L. 243-4, L. 243-5 et L. 243-6-2, L. 243-9 et L. 243-11, L. 243-14, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-14, L. 256-3, L. 272-1 et L. 272-2, L. 273-1, L. 281-1, L. 281-3, L. 353-3, L. 355-2, L. 355-3, L. 114-13 et L. 377-2.

Art. L. 821-5. – L’allocation aux adultes handicapés est servie comme une prestation familiale. Elle est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement 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 versée directement.

L’action de l’allocataire pour le paiement de l’allocation se prescrit par deux ans.

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.

.....

Art. L. 831-7. – Les informations nécessaires à l’appréciation des conditions d’ouverture, au maintien des droits et au calcul de l’allocation de logement, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes et services chargés du paiement de cette allocation selon les modalités de l’article L. 114-14.

6° À l’article L. 623-1, les mots :  
« L. 114-13 » sont supprimés ;

7° À l’article L. 821-5, les mots :  
« L. 114-13 » sont supprimés ;

**Dispositions en vigueur**

La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17.

**Code de la construction et de l'habitation**

Art. L. 351-12. – Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de l'aide personnalisée au logement, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes chargés du paiement de l'aide selon les modalités de l'article L. 114-14 du code de la sécurité sociale.

La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent le bénéficiaire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17 du code de la sécurité sociale.

Lorsque les informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les bénéficiaires, les demandeurs ou les bailleurs les communiquent par déclaration auxdits organismes.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 353-11, le contrôle des déclarations des demandeurs ou des bénéficiaires de l'aide personnalisée au logement est assuré par le personnel assermenté des organismes et des services chargés du paiement de l'aide. Il peut également contrôler les déclarations des bailleurs, afin de

**Texte du projet de loi**

8° Le deuxième alinéa de l'article L. 831-7 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. »

III. – Le code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 351-12 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent le bénéficiaire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions ou pénalités prévues à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale » ;

**Propositions de la Commission**



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'aide personnalisée au logement est perçue. Les administrations publiques, notamment par application de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, sont tenues de communiquer à ce personnel toutes les pièces nécessaires à l'exercice de ce contrôle.</p>		
<p>Art. L. 351-13. – Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, faire obtenir, ou tenter d'obtenir ou de faire obtenir l'aide personnalisée au logement est puni de l'amende prévue à l'article L. 114-13 du code de la sécurité sociale. Le tribunal ordonne, en outre, le remboursement des sommes indûment versées.</p>	<p>2° L'article L. 351-13 est abrogé.</p>	
<p>S'il s'agit d'un administrateur de biens, les peines applicables sont un emprisonnement de six mois et une amende de 18 000 euros.</p>		
<p>Le tribunal peut, en outre, dans les cas prévus aux deux alinéas qui précèdent, prononcer, pour une durée n'excédant pas deux ans, l'interdiction de passer les conventions prévues au chapitre III.</p>		
<p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p>	<p>IV. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 751-40. – Les pénalités prévues aux articles L. 114-13, L. 471-2 et L. 471-4 du code de la sécurité sociale sont applicables en cas d'agissements identiques ayant lieu dans le cadre de l'application du présent chapitre.</p>	<p>1° À l'article L. 751-40, les mots : « L. 114-13 » sont supprimés ;</p>	
<p>Art. L. 752-28. – Les pénalités prévues aux articles L. 114-13, L. 471-2, à l'exception du 2°, et L. 471-4 ainsi que les dispositions de l'article L. 482-4 du code de la sécurité sociale sont applicables à l'assurance prévue au présent chapitre.</p>	<p>2° À l'article L. 752-28, les mots : « L. 114-13 » sont supprimés.</p>	
<p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p>		
<p>Art. L. 232-27. – Sans préjudice des actions en recouvrement des sommes indûment versées mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 232-25, le fait d'avoir</p>	<p>V. – Les articles L. 232-27 et L. 262-50 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>frauduleusement perçu l'allocation instituée par le présent chapitre est puni des peines prévues par les articles 313-1 à 313-3 du code pénal.</p>	<p>VI. – Le code du travail est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 262-50. – Sans préjudice de la constitution éventuelle du délit défini et sanctionné aux articles 313-1 et 313-3 du code pénal, le fait de se rendre coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, faire obtenir ou tenter de faire obtenir le revenu de solidarité active est passible de l'amende prévue à l'article L. 114-13 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>1° L'article L. 5124-1 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p><b>Code du travail</b></p>	<p>« Art. L. 5124-1. – Sauf constitution éventuelle du délit d'escroquerie, défini et sanctionné à l'article 313-1, au 5° de l'article 313-2 et à l'article 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 est puni d'une amende de 4 000 euros. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations est puni de la même peine. » ;</p>	
<p>Art. L. 5124-1. – Sauf constitution éventuelle du délit d'escroquerie défini et sanctionné aux articles 313-1 et 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 est puni d'une amende de 4 000 euros. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations est puni de la même peine.</p>	<p>2° L'article L. 5429-1 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>Art. L. 5429-1. – Sous réserve de la constitution éventuelle du délit d'escroquerie défini et sanctionné aux articles 313-1 et 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations d'aide aux travailleurs privés d'emploi définies au présent livre, y compris la prime forfaitaire instituée par l'article L. 5425-3, est puni d'une amende de 4 000 euros. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement les allocations et la prime susmentionnées est puni de la même peine.</p>	<p>« Art. L. 5429-1. – Sous réserve de la constitution éventuelle du délit d'escroquerie défini et sanctionné à l'article 313-1, au 5° de l'article 313-2 et à l'article 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations d'aide aux travailleurs privés d'emploi définies au présent livre, y compris la prime forfaitaire instituée par l'article L. 5425-3 est puni des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement les allocations et la prime susmentionnée est puni de la même peine » ;</p>	

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 5413-1. – Le fait d'établir de fausses déclarations ou de fournir de fausses informations pour être inscrit ou demeurer inscrit sur la liste des demandeurs d'emploi mentionnée à l'article L. 5411-1 est puni d'une amende de 3 750 euros.

Art. L. 5429-3. – Le fait de se rendre coupable de fraudes ou de fausses déclarations pour obtenir ou tenter de faire obtenir par suite d'intempéries des indemnités, prévues à la section 2 du chapitre IV, qui ne sont pas dues est puni d'un emprisonnement de trois mois et d'une amende de 3 750 euros.

**Ordonnance n° 2002-149 du  
7 février 2002 relative à l'extension et  
la généralisation des prestations  
familiales et à la protection sociale  
dans la collectivité territoriale de  
Mayotte**

Art. 10-1. – Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé a droit à une allocation d'éducation de l'enfant handicapé si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux fixé par décret.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est attribuée au vu de la décision de la commission prévue à l'article L. 545-2 du code de l'action sociale et des familles appréciant si l'état de l'enfant ou de l'adolescent justifie cette attribution.

Les articles L. 114-13 et L. 581-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

**Texte du projet de loi**

3° À l'article L. 5413-1, les mots : « d'une amende de 3 750 euros » sont remplacés par les mots : « des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal » ;

4° L'article L. 5429-3 est abrogé.

VII. – Au troisième alinéa de l'article 10-1 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité territoriale de Mayotte, la référence à l'article L. 114-13 du code de la sécurité sociale est supprimée.

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

**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**

Art. 20-10. – Les articles L. 114-13 et L. 377-2 à L. 377-5 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations instituées par la présente section.

**Loi du 27 septembre 1941 relative aux déclarations inexactes des créanciers de l'État ou des collectivités publiques**

Art. 1. – Quiconque aura souscrit une déclaration sciemment inexacte ou incomplète en vue d'obtenir de l'État, des départements, des communes ou des collectivités publiques, un paiement ou avantage quelconque indû, ou paiement en fraude des droits d'un créancier régulièrement nanti ou opposant, sera puni d'un emprisonnement de cinq ans et de 3 750 euros d'amende, ou de l'une seulement de ces peines.

**Loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier**

Art. 22. – II. – Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'État, des collectivités locales, de l'un des services ou organismes visés au paragraphe 4, un paiement ou avantage quelconque indû sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une peine d'amende de 60 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement.

**Texte du projet de loi**

VIII. – L'article 20-10 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 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 20-10. – Sans préjudice des sanctions pénales encourues, les articles L. 377-2 à L. 377-5 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations instituées par la présente section. »

IX. – L'article I de la loi du 27 septembre 1941 relative aux déclarations inexactes des créanciers de l'État ou des collectivités publiques est abrogé.

X. – L'article 22-II de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est abrogé.

**Propositions de la Commission**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Code de la sécurité sociale**

Art. L. 133-5-3. – Tout employeur de personnel salarié ou assimilé, à l'exception des employeurs de salariés mentionnés aux articles L. 1271-1 du code du travail et L. 531-5 du présent code, peut adresser à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative établissant pour chacun des salariés ou assimilés le montant des rémunérations versées au cours du mois précédent, les dates d'arrivée et de départ, de suspension et de reprise du contrat de travail ainsi que la durée du travail. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

*Article additionnel après l'article 68*

*À la première phrase du I de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale, après le mot : « précédent », sont insérés les mots : « en distinguant les indemnités journalières complémentaires versées au titre du dispositif légal et celles versées au titre d'un accord de branche ou d'entreprise, ».*

**Amendement AS255**

*Article additionnel après l'article 68*

Art. L. 315-1. – I. – Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

II. – Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en œuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1.

Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article

**Dispositions en vigueur**

L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de quarante-huit heures. Le rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné. Au vu de ce rapport, ce service :

1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;

2° Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré.

.....

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

*À la fin de la première phrase du troisième alinéa du II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « heures », sont insérés les mots : « en excluant le samedi, le dimanche et les jours fériés ».*

**Amendement AS261**

**ANNEXE 1 :**

**TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

**Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014**

**Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014**

Article 1<sup>er</sup>

Article 1<sup>er</sup>

Au titre de l'exercice 2012, sont approuvés :

*(Sans modification)*

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	178,8	184,7	-5,9
Vieillesse	203,4	209,5	-6,1
Famille	54,1	56,6	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1	13,7	-0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	436,3	451,4	-15,1

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

*(en milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	154,9	160,8	-5,9
Vieillesse	105,4	110,2	-4,8
Famille	53,8	56,3	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,5	11,7	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	314,0	327,3	-13,3

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	14,7	18,9	-4,1

## Texte du projet de loi

### Article 6

Au titre de l'année 2013, sont rectifiés :

1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	181,7	189,5	-7,8
Veillesse	212,1	216,2	-4,1
Famille	55,2	58,0	-2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,9	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	449,4	463,7	-14,3

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	157,5	165,2	-7,7
Veillesse	111,3	114,6	-3,3
Famille	54,8	57,6	-2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,8	11,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	323,5	337,0	-13,5

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,9	19,7	-2,7

## Propositions de la Commission

### Article 6

(Sans modification)



## Texte du projet de loi

### Article 7

Au titre de l'année 2013, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	80,0
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,6
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
Autres prises en charge	1,3
Total	174,9

### Article 15

	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 d'assurance vieillesse	16 points	6,4 points
Fonds mentionné à l'article L. 135-1	4 points	1,6 point
dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1	0,5 point	0,5 point

## Propositions de la Commission

### Article 7

(en milliards d'euros)

	Objectif national de dépenses
Dépenses de soins de ville	80,0
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,6
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
Autres prises en charge	1,3
Total	174,9

### Amendement AS352

### Article 15

(Sans modification)

## Texte du projet de loi

### Article 18

Pour l'année 2014, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	188,0	194,1	-6,2
Veillesse	219,4	221,0	-1,6
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,3	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	464,7	474,6	-10,0

### Article 19

Pour l'année 2014, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	163,7	169,9	-6,2
Veillesse	116,0	117,2	-1,2
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,0	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	336,6	346,2	-9,6

### Article 20

I. – Pour l'année 2014, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	20,4	-3,2

## Propositions de la Commission

### Article 18

(Sans modification)

### Article 19

(Sans modification)

### Article 20

(Sans modification)

## Texte du projet de loi

III. – Pour l'année 2014, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

IV. – Pour l'année 2014, 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
Recettes fiscales	0,1
Total	0,1

### Article 26

Sont habilités en 2014 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 millions d'euros)

	Montants limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	34 500
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 200
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	950
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	900
Caisse nationale des industries électriques et gazières	440
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	450
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	15

## Propositions de la Commission

### Article 26

(Sans modification)

## Texte du projet de loi

### Article 50

Pour l'année 2014, 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	81,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge	1,7
Total	179,2

### Article 62

I. – Pour l'année 2014, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	20,4

## Propositions de la Commission

### Article 50

(Sans modification)

### Article 62

(Sans modification)

**ANNEXE 2 :**  
**RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI**

**Texte du projet de loi**

**Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014**

**ANNEXE A**

**Rapport retraçant la situation patrimoniale au 31 décembre 2012 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 2012**

**I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2012**

*(en milliards d'euros)*

ACTIF	2012	2011
<b>IMMOBILISATIONS</b>	<b>6,8</b>	<b>6,8</b>
Immobilisations non financières	4,1	4,0
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,8	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	0,9
<b>ACTIF FINANCIER</b>	<b>57,7</b>	<b>58,9</b>
Valeurs mobilières et titres de placement	46,8	45,1
Autres régimes	7,3	6,9
CADES	5,6	5,3
FRR	33,8	32,9
<b>Encours bancaire</b>	<b>10,4</b>	<b>13,7</b>
Régime général	2,6	1,3
Autres régimes	1,5	1,2
FSV	0,8	0,3
CADES	3,0	8,4
FRR	2,4	2,3
<b>Créances nettes au titre des instruments financiers</b>	<b>0,6</b>	<b>0,1</b>
CADES	0,2	0,1
FRR	0,3	0,0

**Propositions de la Commission**

**Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014**

**ANNEXE A**

*(Sans modification)*

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

<b>ACTIF CIRCULANT</b>	<b>64,0</b>	<b>65,4</b>
Créances sur prestations	7,4	7,3
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	9,4	7,9
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale	35,4	35,5
Créances sur l'État et autres entités publiques	8,4	8,9
Produits à recevoir de l'État	0,6	0,4
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régularisation)	2,9	5,5
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>	<b>128,5</b>	<b>131,0</b>

(en milliards d'euros)

<b>PASSIF</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>
<b>CAPITAUX PROPRES</b>	<b>-107,2</b>	<b>-100,6</b>
<b>Dotations</b>	<b>32,8</b>	<b>32,9</b>
Régime général	0,5	0,5
Autres régimes	4,0	3,8
Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	28,1	28,3
<b>Réserves</b>	<b>9,1</b>	<b>11,3</b>
Régime général	2,5	2,6
Autres régimes	5,7	6,3
FRR	0,9	2,4
<b>Report à nouveau</b>	<b>-145,8</b>	<b>-134,6</b>
Régime général	4,1	-4,9
Autres régimes	-1,5	-0,1
CADES	-148,3	-139,4
<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>-5,9</b>	<b>-10,7</b>
Régime général	-13,3	-17,4
Autres régimes	-1,7	-1,9
FSV	-4,1	-3,4
CADES	11,9	11,7
FRR	1,3	0,3
<b>Autres</b>	<b>2,5</b>	<b>0,6</b>
FRR	2,4	0,5
Régime général / autres régimes	0,1	0,1
<b>PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES</b>	<b>19,9</b>	<b>17,9</b>

<b>PASSIF FINANCIER</b>	<b>173,9</b>	<b>170,1</b>
<b>Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)</b>	<b>162,3</b>	<b>162,6</b>
Régime général	16,9	5,6
CADES	145,4	156,9

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

<b>Dettes à l'égard d'établissements de crédits</b>	<b>7,4</b>	<b>3,7</b>
Régime général (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	4,0	1,4
Autres régimes (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	2,3	1,3
CADES	1,0	1,0
<b>Dépôts</b>	<b>2,2</b>	<b>0,2</b>
Régime général	2,2	0,2
<b>Dettes nettes au titre des instruments financiers</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>
FRR	0,0	0,1
<b>Autres</b>	<b>2,1</b>	<b>3,5</b>
Autres régimes	0,1	0,1
CADES	2,0	3,4
<b>PASSIF CIRCULANT</b>	<b>42,0</b>	<b>43,7</b>
Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	19,8	22,3
Dettes à l'égard des cotisants	1,3	1,2
Dettes et CAP à l'égard de l'État et autres entités publiques	8,5	9,7
Autres passifs (crédoeurs divers, comptes d'attente et de régularisation), dont soultte des industries électriques et gazières	12,4	10,5
<b>TOTAL DU PASSIF</b>	<b>128,5</b>	<b>131,0</b>

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 négatifs, s'élevait à 107,2 Md€ au 31 décembre 2012, soit l'équivalent de 5,3 points de PIB (+0,3 point par rapport à 2011). Ce passif net a augmenté de 6,6 Md€ par rapport à celui constaté au 31 décembre 2011 (100,6 Md€) en raison essentiellement des déficits des régimes et du FSV pour l'année 2012 (soit 19,1 Md€), minorés de l'amortissement de la dette portée par la CADES (11,9 Md€), dont une partie (2,1 Md€) correspond à la mobilisation des réserves du FRR.

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (57,7 Md€ dont environ 63 % par le FRR et 15 % par la CADES dans le cadre de sa stratégie d'endettement à fin 2012), du besoin en fonds de roulement lié aux actifs et passifs circulants (22,0 Md€) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 173,9 Md€ au 31 décembre 2012 (contre 170,1 Md€ au 31 décembre 2011).

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

### II. – Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2012

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 13,3 Md€ en 2012. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 5,9 Md€, la branche vieillesse un déficit de 4,8 Md€, la branche famille un déficit de 2,5 Md€ et la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,2 Md€. Par ailleurs, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) a enregistré un déficit de 4,1 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 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, plusieurs régimes ne bénéficiant par de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2012 des résultats déficitaires.

S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'est élevé à 1,0 Md€ (contre 1,2 Md€ en 2011). La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) finance ces déficits par le recours à des emprunts bancaires.

Concernant la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), devenue structurellement déficitaire en 2010, le déficit s'est sensiblement réduit en 2012 (14 M€ après 0,4 Md€ en 2011 et 0,5 Md€ en 2010) compte tenu du prélèvement exceptionnel de 450 M€ sur les réserves du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales et de 240 M€ sur les réserves du Fonds de compensation de la cessation progressive d'activité prévu par la loi de financement pour 2013. Afin de rétablir



## Texte du projet de loi

l'équilibre financier du régime, la loi a également prévu une augmentation des taux de cotisations en 2013 et 2014.

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 39 M€ en 2012, après 186 M€ en 2011, sous l'effet de la poursuite du programme de cessions immobilières engagé par la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines. Il a été couvert dans le cadre d'emprunts à court terme effectués auprès de la Caisse des dépôts et consignations et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

S'agissant de la Caisse nationale des industries électriques et gazières, le déficit s'est élevé à 91 M€ en 2012 (après 46 M€ en 2011). Compte tenu de l'épuisement des réserves antérieurement constituées, une augmentation des ressources du régime est intervenue en 2013 dans le cadre de la loi de financement pour cette même année.

Le déficit du régime vieillesse de base des professions libérales est passé de 74 M€ en 2011 à 103 M€ en 2012 ; en réponse à ce déséquilibre, une hausse des taux de cotisation en 2013, puis 2014, a été prévue.

### 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 la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse sur la période 2014-2017. À l'issue de cette période, l'objectif du gouvernement est le retour à l'équilibre de l'ensemble des comptes publics et particulièrement de ceux des administrations de sécurité sociale (hors Caisse d'amortissement de la dette sociale et Fonds de réserve des retraites). Cette trajectoire de retour à l'équilibre devrait être atteinte au travers de réformes ambitieuses sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale. Ainsi, la réforme des retraites et celle de la branche famille devraient permettre de préserver le haut niveau de protection de notre système d'assurance sociale en assurant sa viabilité financière à moyen et à long terme. Ces deux réformes d'ampleur s'accompagnent également de l'adoption d'un objectif ambitieux de maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie avec, comme cible, une évolution de l'ONDAM à 2,4 % dès 2014.

Dans un contexte économique en redressement mais encore marqué par les conséquences de la crise économique

## Propositions de la Commission

### ANNEXE B

*(Sans modification)*

## Texte du projet de loi

(I), la stratégie de retour à l'équilibre repose ainsi sur un effort renouvelé de maîtrise des dépenses sociales porté par des réformes d'ampleur sur l'ensemble des branches (II), dans un souci de modération de la pression fiscalo-sociale sur les entreprises et les ménages (III).

### I. – Un environnement économique en redressement, mais encore marqué par les conséquences de la crise économique

Les hypothèses macro-économiques retenues dans la construction des projections jointes à la présente annexe retiennent pour 2013 une prévision de croissance de 1,3 % en valeur de la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources de la sécurité sociale. L'année 2014 serait plus favorable, avec une progression de la masse salariale du secteur privé de 2,2 %, qui s'établirait à 3,5 % en 2015 et se stabiliserait à 4,0 % en 2016. Elle retrouverait ainsi le rythme moyen d'évolution constaté entre 1998 et 2007 (+4,1 %).

Cette progression de la masse salariale accompagnerait l'augmentation progressive du taux de croissance du PIB en volume qui, après avoir été atone en 2012 et 2013, est remonté à 0,9 % en 2014 et devrait atteindre 1,7 % en 2015.

#### Hypothèses retenues dans la projection pluriannuelle :

	2013	2014	2015	2016	2017
PIB (volume)	0,1 %	0,9 %	1,7 %	2,0 %	2,0 %
Masse salariale privée	1,3 %	2,2 %	3,5 %	4,0 %	4,0 %
ONDAM	2,8 %	2,4 %	2,4 %	2,4 %	2,4 %
Inflation	0,80%	1,30%	1,75%	1,75%	1,75%

(inflation hors tabac)

Par ailleurs, les prévisions économiques sous-jacentes au projet de loi de financement de la sécurité sociale et au projet de loi de finances font désormais l'objet d'un avis du Haut conseil des finances publiques. Ce dernier, instauré en 2012 par la loi organique relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, se prononce en effet sur la sincérité des prévisions macroéconomiques ainsi que sur la cohérence de la programmation envisagée au regard de l'objectif à moyen terme et des engagements européens.

Les réformes ambitieuses menées cette année permettront d'accélérer le redressement des comptes des régimes de sécurité sociale. Ainsi, le déficit du régime général (+FSV) s'établirait à 4,0 Md€ en 2017, en très nette amélioration par rapport aux 17,5 Md€ de déficit constatés en 2012. Le redressement de la branche vieillesse (CNAF et FSV) devrait être particulièrement marqué, avec un déficit qui s'établirait à 1,4 Md€ en 2017 contre 8,9 Md€ en 2012.

## Propositions de la Commission

## Texte du projet de loi

Les branches maladie et famille devraient également être en très net redressement.

Les mesures ainsi proposées correspondent à un effort structurel, au sens de l'article 1<sup>er</sup> de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, qui s'élèvent en 2014 à 0,4 point de PIB pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Du fait du schéma de reprise de dette mis en place en 2010 et adapté par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'ensemble des déficits de la CNAV et du FSV sur la période pourront être transférés à la CADES afin qu'ils soient amortis. Il en sera de même pour les déficits de la CNAMTS constatés sur la période 2012-2014 et pour les déficits de la CNAF constatés sur la période 2012-2013. Ces opérations permettront d'éviter un accroissement non maîtrisé des besoins de trésorerie de l'ACOSS. Au final, compte tenu de la capacité d'amortissement de la CADES, la dette globale de la sécurité sociale devrait diminuer à partir de l'exercice 2016.

### **II. – Des réformes d'ampleur sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale**

La réforme des retraites et celle de la branche famille posent les bases d'une trajectoire crédible de retour à l'équilibre.

**Les mesures affectant les comptes de la branche famille** visent à recentrer les prestations sur les publics les plus fragiles, dans un objectif de justice. L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant sera diminuée pour les familles dont les ressources dépassent un certain plafond. Le montant de l'allocation de base ne sera pas revalorisé jusqu'à ce que son montant soit égal à celui du complément familial. Par ailleurs le montant du complément de libre choix d'activité sera uniformisé pour toutes les familles, la majoration qui s'adressait aux familles les plus aisées étant supprimée.

Afin de réduire la pauvreté des enfants et des familles, le complément familial sera progressivement majoré de 50 % pour les familles nombreuses vivant sous le seuil de pauvreté, une première majoration intervenant à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014. L'allocation de soutien familial, à destination des parents isolés, sera également progressivement revalorisée de 25 %. Au titre de la solidarité, le plafond de l'avantage fiscal lié à la présence d'enfants à charge dans le foyer sera, à l'inverse, ramené de 2 000 à 1 500 € par demi-part et le rendement de cette mesure sera affecté dès 2014 à la branche famille. Enfin, la réduction d'impôt pour frais de scolarité sera supprimée et l'économie réalisée sera affectée à la CNAF à compter de 2015.

## Propositions de la Commission

## Texte du projet de loi

---

Au terme de ces réformes, le solde de la branche famille devrait connaître une amélioration substantielle et s'établirait à -1 Md€ en 2017 contre -2,8 Md€ en 2013.

**La réforme des retraites** vise, quant à elle, à assurer l'équilibre des régimes de retraite de base à l'horizon 2020 et à maintenir cet équilibre à l'horizon 2040, conformément aux recommandations de la Commission sur l'avenir des retraites. Les mesures assurant l'équilibre d'ici 2020 concerneront les retraités, les actifs et les employeurs.

Les cotisations des actifs et des entreprises aux différents régimes de base seront augmentées dans la même proportion, de façon mesurée, selon des modalités fixées par décret. La hausse sera progressive sur quatre ans : 0,15 point pour les actifs et les employeurs en 2014, puis 0,05 point pour les trois années suivantes. Au final en 2017, l'accroissement aura été de 0,3 point pour les actifs et 0,3 point pour les employeurs.

La contribution des retraités reposera quant à elle sur deux mesures : l'inclusion des majorations de pensions des retraités ayant élevé trois enfants ou plus dans l'assiette de l'impôt sur le revenu; le décalage de six mois de la revalorisation des pensions prévue à l'article 4 du présent projet de loi, à l'exception du minimum vieillesse, la revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées étant maintenue au 1<sup>er</sup> avril de chaque année.

Ces mesures de redressement à court terme s'accompagneront d'une mesure permettant de faire face au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie en proposant une évolution progressive de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein.

Un dispositif de pilotage sera également mis en place : le Conseil d'orientation des retraites réalisera chaque année à partir des indicateurs retenus un bilan public sur le système de retraite ; le Comité de surveillance des retraites rendra pour sa part un avis annuel et l'assortira de recommandations publiques en cas d'écarts significatifs à la trajectoire de retour à l'équilibre. Il formulera, le cas échéant, des recommandations sur les mesures à prendre et le Gouvernement, après consultation des partenaires sociaux, prendra ou proposera au Parlement les mesures de redressement.

Par ailleurs, le projet de loi vise parallèlement à améliorer les droits à la retraite de publics fragiles. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, les modalités de validation d'un trimestre seront en effet assouplies et il sera possible de valider un trimestre avec 150 heures SMIC de cotisations (contre 200 aujourd'hui). Cette mesure permettra de valider des trimestres pour les salariés à petits temps partiels, les femmes notamment, qui verront par ailleurs mieux pris en compte les

## Propositions de la Commission

---

## Texte du projet de loi

trimestres d'interruption au titre du congé maternité. En effet, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, tous les trimestres de congé maternité seront réputés cotisés. De même, des mesures spécifiques bénéficieront aux jeunes apprentis et en alternance, ainsi qu'aux personnes ayant eu des carrières heurtées.

Enfin, une avancée significative en matière de droits sociaux est prévue avec la création dès 2015 d'un compte personnel de prévention de la pénibilité. Ce dispositif sera financé par une cotisation des employeurs : une cotisation minimale de toutes les entreprises et une cotisation de chaque entreprise tenant compte de la pénibilité qui lui est propre. Il permettra aux salariés de cumuler des points en fonction de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de pénibilité et de les utiliser tant pour des actions de formation, de maintien de rémunération lors d'un passage à temps partiel ou pour financer une majoration de durée d'assurance.

À l'issue de cette réforme, le déficit de la CNAV et du FSV devrait atteindre 1,4 Md€ en 2017, l'équilibre étant rejoint en 2020.

**La fixation d'un taux de progression de l'ONDAM à 2,4 % en 2014** représente enfin un effort très important de maîtrise des dépenses de santé et constitue un objectif plus ambitieux que celui retenu à la fois dans la loi de programmation des finances publiques votée en 2013 et dans l'annexe pluriannuelle de la LFSS pour 2013 (taux de progression de 2,6 % pour 2014).

Le respect de cet objectif passe par un effort qui se décline autour de deux axes : le déploiement de la stratégie nationale de santé et la poursuite des efforts de maîtrise des dépenses de santé.

Le déploiement de la stratégie nationale de santé doit ainsi permettre d'améliorer l'organisation des soins et de renforcer son efficacité. C'est en ce sens que se poursuivra le développement de la chirurgie ambulatoire et des actes de télé-médecine. La mise en œuvre de la SNS passe également par le développement de nouveaux modes de tarification adaptés à une approche reposant sur le parcours de soins (mesures concernant en particulier la radiothérapie et l'insuffisance rénale chronique). Les mesures inscrites dans le PLFSS pour 2014 permettront également de poser les premiers jalons d'une évolution en profondeur de la tarification à l'activité. Enfin, des mesures spécifiques favoriseront une meilleure organisation des soins de proximité, initiée par la LFSS pour 2013, en étendant le soutien aux structures pluriprofessionnelles et en sécurisant le financement des coopérations entre professionnels de santé.

Le deuxième axe comprend la poursuite des actions de maîtrise des dépenses liées aux produits de santé, tant en ville qu'en établissements de santé. Ces actions consistent à la fois

## Propositions de la Commission

## Texte du projet de loi

en des baisses de prix négociées par le comité économique des produits de santé et en un meilleur contrôle des volumes (maintien d'un taux très élevé de substitution des génériques, développement d'un répertoire des médicaments biosimilaires, modernisation et simplification des mécanismes contractuels de régulation des médicaments inscrits sur la liste en sus...). Les efforts de maîtrise médicalisée seront poursuivis avec des objectifs ambitieux et, conformément aux préconisations de la Cour des Comptes, des baisses de prix ciblées permettront en outre de réguler la dépense de certains soins de ville (radiologie et biologie).

Enfin, un sous-objectif supplémentaire sera créé, qui rassemblera les dépenses d'assurance maladie relative au fonds d'intervention régional, donnant ainsi sa pleine visibilité à un instrument qui, par la souplesse de gestion de ses crédits qu'il confère aux ARS, est essentiel au pilotage efficient des dépenses de santé.

### **III. – Cet effort de redressement sera accompagné d'un apport modéré de nouvelles recettes.**

Cet effort sur la dépense de l'ensemble des branches de la sécurité sociale sera complété par un apport, qui restera toutefois modéré, de nouvelles recettes. En effet, les gains fiscaux attendus de la réforme du mode de calcul du quotient familial et de la fiscalisation de la participation des employeurs au financement des contrats collectifs relatifs à la protection complémentaire contribueront au redressement des comptes de la sécurité sociale dès 2014. Le projet de loi de finances prévoit donc l'affectation de produits de TVA à due concurrence au régime général. Par ailleurs, la branche vieillesse sera affectataire, dès 2015, des gains attendus de la fiscalisation des majorations de pension pour enfants et qui sont estimés à 1,2 Md€

Une mesure de rationalisation du cadre de gestion des prélèvements sociaux sur les produits de placement, proposée dans le cadre du PLFSS pour 2014 devrait par ailleurs générer des recettes supplémentaires.

Enfin, la réaffectation de ces recettes au sein de la sphère sociale est l'occasion de rationaliser les modalités de financement, en s'appuyant notamment sur les recommandations formulées par le Haut Conseil au Financement de la Protection Sociale (HCFiPS). Ainsi, la CNAF recevra un panier de recettes comportant de la CSG, les contributions sur les jeux, ainsi qu'une part de la taxe sur les véhicules de sociétés. Pour sa part, le forfait social sera recentré sur la branche vieillesse et la CNAM recevra une part élevée des prélèvements sur les revenus du capital. Les taux de CSG feront, pour leur part, l'objet d'une harmonisation.

## Propositions de la Commission

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

### Recettes, dépenses et soldes du régime général

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Maladie</b>								
Recettes	141,8	148,0	154,9	157,5	163,7	168,8	174,6	180,5
Dépenses	153,4	156,6	160,8	165,2	169,9	174,2	178,6	183,1
<b>Solde</b>	<b>-11,6</b>	<b>-8,6</b>	<b>-5,9</b>	<b>-7,7</b>	<b>-6,2</b>	<b>-5,4</b>	<b>-4,0</b>	<b>-2,6</b>
<b>AT/MP</b>								
Recettes	10,5	11,3	11,5	11,8	12,1	12,5	13,0	13,5
Dépenses	11,2	11,6	11,7	11,5	12,0	12,1	12,3	12,5
<b>Solde</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,2</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>0,9</b>
<b>Famille</b>								
Recettes	49,9	51,9	53,8	54,8	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	52,6	54,5	56,3	57,6	59,2	60,6	62,0	63,1
<b>Solde</b>	<b>-2,7</b>	<b>-2,6</b>	<b>-2,5</b>	<b>-2,8</b>	<b>-2,3</b>	<b>-1,9</b>	<b>-1,6</b>	<b>-1,0</b>
<b>Vieillesse</b>								
Recettes	93,4	100,5	105,4	111,3	116	120,4	125,5	130,1
Dépenses	102,3	106,5	110,2	114,6	117,2	121,0	125,5	129,5
<b>Solde</b>	<b>-8,9</b>	<b>-6,0</b>	<b>-4,8</b>	<b>-3,3</b>	<b>-1,2</b>	<b>-0,6</b>	<b>0,1</b>	<b>0,6</b>
<b>Toutes branches consolidées</b>								
Recettes	285,6	300,8	314,0	323,5	336,6	348,0	360,7	373,0
Dépenses	309,6	318,2	327,3	337,0	346,2	355,6	365,6	375,0
<b>Solde</b>	<b>-23,9</b>	<b>-17,4</b>	<b>-13,3</b>	<b>-13,5</b>	<b>-9,6</b>	<b>-7,6</b>	<b>-4,9</b>	<b>-2,1</b>

### Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Maladie</b>								
Recettes	164,8	171,7	178,8	181,7	188,0	193,4	199,6	206,1
Dépenses	176,2	180,3	184,7	189,5	194,1	198,8	203,7	208,7
<b>Solde</b>	<b>-11,4</b>	<b>-8,5</b>	<b>-5,9</b>	<b>-7,8</b>	<b>-6,2</b>	<b>-5,5</b>	<b>-4,1</b>	<b>-2,7</b>
<b>AT/MP</b>								
Recettes	11,9	12,8	13,1	13,2	13,5	13,9	14,4	14,9
Dépenses	12,6	13,0	13,7	12,9	13,3	13,5	13,7	13,9
<b>Solde</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,6</b>	<b>0,4</b>	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,7</b>	<b>1,0</b>
<b>Famille</b>								
Recettes	50,4	52,3	54,1	55,2	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	53,0	54,9	56,6	58,0	59,2	60,6	62,0	63,1
<b>Solde</b>	<b>-2,7</b>	<b>-2,6</b>	<b>-2,5</b>	<b>-2,8</b>	<b>-2,3</b>	<b>-1,9</b>	<b>-1,6</b>	<b>-1,0</b>
<b>Vieillesse</b>								
Recettes	183,3	194,6	203,4	212,1	219,4	226,3	234,1	241,3
Dépenses	194,1	202,4	209,5	216,2	221,0	227,4	234,9	242,0
<b>Solde</b>	<b>-10,8</b>	<b>-7,9</b>	<b>-6,1</b>	<b>-4,1</b>	<b>-1,6</b>	<b>-1,1</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,6</b>
<b>Toutes branches consolidées</b>								
Recettes	399,5	419,4	436,3	449,4	464,7	478,8	494,8	510,3
Dépenses	425,0	438,5	451,4	463,7	474,6	486,9	500,6	513,6
<b>Solde</b>	<b>-25,5</b>	<b>-19,1</b>	<b>-15,1</b>	<b>-14,3</b>	<b>-10,0</b>	<b>-8,1</b>	<b>-5,8</b>	<b>-3,3</b>

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

### Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	9,8	14,0	14,7	16,9	17,2	17,5	17,9	18,4
Dépenses	13,8	17,5	18,9	19,7	20,4	20,5	20,5	20,4
Solde	-4,1	-3,4	-4,1	-2,7	-3,2	-3,1	-2,6	-2,0

### 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

### ANNEXE C

(Sans modification)

#### I. – Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2014 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base
Cotisations effectives	85,0	122,0	35,1	12,5	252,8
Cotisations prises en charge par l'État	1,6	1,3	0,5	0,0	3,5
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,0	0,0	0,3	38,9
Contribution sociale généralisée	64,2	0,0	10,8	0,0	74,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,2	19,1	9,6	0,1	61,0
Transferts	1,4	38,4	0,4	0,1	29,3
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	2,9	0,2	0,5	0,3	4,2
<b>Recettes</b>	<b>188,0</b>	<b>219,4</b>	<b>56,9</b>	<b>13,5</b>	<b>464,7</b>

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 du projet de loi

## Propositions de la Commission

### II. – Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

*Exercice 2014 (en milliards d'euros)*

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies profes- sionnelles	Régime général
Cotisations effectives	75,7	72,5	35,1	11,6	193,1
Cotisations prises en charge par l'État	1,3	1,0	0,5	0,0	2,8
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	55,7	0,0	10,8	0,0	66,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	25,4	13,1	9,6	0,1	48,1
Transferts	3,1	29,2	0,4	0,0	22,6
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,6	0,2	0,5	0,3	3,7
<b>Recettes</b>	<b>163,7</b>	<b>116,0</b>	<b>56,9</b>	<b>12,1</b>	<b>336,6</b>

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).

### III. – Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

*Exercice 2014 (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	11,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,0
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
<b>Total</b>	<b>17,2</b>



### 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 :

	<b>Pour les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %</b>	<b>Pour les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 8 %</b>
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	6,1 points	5 points
Caisse nationale d'assurance vieillesse	5,6 points	
Fonds mentionné à l'article L. 135-1	8,3 points	3 points
Dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1	0,5 point	0,5 point