



N° 4007

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 novembre 2011.

PROJET DE LOI

REJETÉ PAR LE SÉNAT
EN NOUVELLE LECTURE,

de financement de la sécurité sociale pour 2012,

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

À

M. LE PRÉSIDENT
DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

(Renvoyé à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

Le Sénat a rejeté, en nouvelle lecture, le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Sénat : 1^{ère} lecture : **72, 74, 78** et T.A. **12** (2011-2012).
Commission mixte paritaire : **102** (2011-2012).
Nouvelle lecture : **124, 128** et T.A. **16** (2011-2012).

Assemblée nationale : 1^{ère} lecture : **3970, 3869, 3865** et T.A. **752, 3933**. Commission mixte paritaire : **3944**.
Nouvelle lecture : **3966** et T.A. **763** (2011-2012).

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010

Article 1^{er}

- ① Au titre de l'exercice 2010, sont approuvés :
- ② 1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

③

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	165,2	176,5	-11,4
Vieillesse	183,3	194,1	-10,8
Famille	50,8	53,5	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,9	12,6	-0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	401,9	427,5	-25,5 ;

- ④ 2° Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

⑤

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	141,8	153,4	-11,6
Vieillesse	93,4	102,3	-8,9
Famille	50,2	52,9	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,5	11,2	-0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	287,5	311,5	-23,9 ;

- ⑥ 3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

⑦

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse....	9,8	13,8	-4,1

 ;

- ⑧ 4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 161,8 milliards d'euros ;
- ⑨ 5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, s'élevant à 2,3 milliards d'euros ;
- ⑩ 6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 5,1 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2010, 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 l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er}, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2011

Section 1

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

Article 3

- ① I. – Le chapitre IV du titre III du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ② 1° (*nouveau*) Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 134-1 sont supprimés ;
- ③ 2° Le deuxième alinéa de l'article L. 134-3 est ainsi modifié :
- ④ a) À la première phrase, les mots : « de prévoyance » sont remplacés par les mots : « chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie » ;
- ⑤ b) Au début de la seconde phrase, les mots : « La caisse de prévoyance » sont remplacés par les mots : « Cette caisse » ;
- ⑥ 3° L'article L. 134-5 est ainsi modifié :
- ⑦ a) À la seconde phrase du deuxième alinéa, les mots : « de prévoyance » sont remplacés par les mots : « chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie » ;
- ⑧ b) L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑨ « Lorsque la branche Maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche Maladie-maternité du régime créancier. » ;
- ⑩ 4° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 134-5-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑪ « Lorsque la branche Maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche Maladie-maternité du régime créancier. »
- ⑫ II (*nouveau*). – Les 2°, 3° et 4° du I s'appliquent à compter de l'exercice 2011. Le 1° du même I s'applique à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 4

① Au titre de l'année 2011, sont rectifiées, conformément aux tableaux qui suivent :

② 1° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

③

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	171,8	181,3	-9,5
Vieillesse	194,5	202,6	-8,1
Famille	52,9	55,5	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,0	12,9	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	422,0	442,2	-20,1

 ;

④ 2° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

⑤

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	147,9	157,4	-9,5
Vieillesse	100,6	106,6	-6,0
Famille	52,4	55,0	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6	11,6	0,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	303,3	321,3	-18,0

 ;

⑥ 3° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

⑦

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	13,8	17,5	-3,8

Article 5

- ① I. – Au titre de l'année 2011, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale demeure fixé conformément au I de l'article 37 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.
- ② II. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites demeurent fixées conformément au II du même article 37.
- ③ III. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à 0,39 milliard d'euros.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

Au II de l'article 85 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 précitée, le montant : « 347,71 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 289,72 millions d'euros ».

Article 7

Au IV du même article 85, le montant : « 151 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 161 millions d'euros ».

Article 8

① I. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

②

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	181,3
Vieillesse	202,6
Famille	55,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	442,2

③ II. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :

④

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	157,4
Vieillesse	106,6
Famille	55,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	321,3

Article 9

Au titre de l'année 2011, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs demeurent fixés conformément au tableau de l'article 90 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 précitée.

TROISIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2012**

Section 1

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

Articles 10 AA à 10 AE

(Supprimés)

.....

Article 10

- ① I. – *(Non modifié)*
- ② II. – L'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° À la fin du premier alinéa, le taux : « 6 % » est remplacé par le taux : « 8 % » ;
- ④ 2° À la fin du 1°, le taux : « 1,65 % » est remplacé par le taux : « 5 % » ;
- ⑤ 3° Au 2°, les taux : « 4,35 % » et « 0,77 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 3 % » et « 0,5 % ».
- ⑥ III à V. – *(Non modifiés)*

Articles 10 bis A à 10 bis I

(Supprimés)

Article 10 bis

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II (*nouveau*). – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable pour l'exonération mentionnée au III de l'article L. 241-10 du même code.

Article 10 ter

(*Conforme*)

Article 10 quater A

(*Supprimé*)

Article 10 quater

- ① L'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :
- ③ « Toute somme ou avantage alloué à un salarié par une personne n'ayant pas la qualité d'employeur en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt de ladite personne est une rémunération assujettie aux cotisations de sécurité sociale et aux contributions mentionnées aux articles L. 136-1 du présent code, L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.
- ④ « Dans les cas où le salarié concerné exerce une activité commerciale ou en lien direct avec la clientèle pour laquelle il est d'usage qu'une personne tierce à l'employeur alloue des sommes ou avantages au salarié au titre de cette activité, cette personne tierce verse à l'organisme de recouvrement dont elle dépend une contribution libératoire dont le montant est égal à 20 % de la part de ces rémunérations qui excède pour l'année considérée un montant égal à 15 % de la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois sur la base de la durée légale du travail. Les cotisations et les contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi ne sont pas dues sur ces

rémunérations. Cette contribution libératoire ne s'applique que sur la part des rémunérations versées pour un an qui n'excède pas 1,5 fois la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois ; la part supérieure à ce plafond est assujettie aux cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa. » ;

- ⑤ 2° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « et de l'organisme de recouvrement » sont supprimés ;
- ⑥ 3° Après le mot : « libératoire », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « mentionnée au deuxième alinéa sont réparties entre les attributaires des cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa. »

Article 10 quinquies

(Supprimé)

Article 11

- ① I. – *(Non modifié)*
- ② I bis. – *(Supprimé)*
- ③ II à IX. – *(Non modifiés)*

Article 11 bis

(Supprimé)

.....

Article 13 ter

(Conforme)

.....

Article 15

① I. – L'article 1010 du code général des impôts est ainsi modifié :

② 1° Le tableau du *a* est ainsi rédigé :

③

«

Taux d'émission de dioxyde de carbone <i>(en grammes par kilomètre)</i>	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone <i>(en euros)</i>
Inférieur ou égal à 50	0
Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100	2
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	11,5
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	18
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	21,5
Supérieur à 250	27

» ;

④ 1° *bis* (*Supprimé*)

⑤ 2° Le tableau du *b* est ainsi rédigé :

⑥

«

Puissance fiscale <i>(en chevaux-vapeur)</i>	Tarif applicable <i>(en euros)</i>
Inférieure ou égale à 3.....	750
De 4 à 6	1 400
De 7 à 10	3 000
De 11 à 15	3 600
Supérieure à 15.....	4 500

»

⑦ II, II *bis* et III. – (*Non modifiés*)

⑧ IV. – (*Supprimé*)

Article 15 bis

(Supprimé)

Article 16

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II. – La section 3 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ③ 1° Au premier alinéa de l'article L. 245-8, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 18 % » ;
- ④ 2° L'article L. 245-9 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ⑥ « Le montant de la cotisation est fixé à :
- ⑦ « 1° 533 € par hectolitre d'alcool pur pour les boissons définies au b du I de l'article 401 du code général des impôts ;
- ⑧ « 2° 45 € par hectolitre pour les autres boissons.
- ⑨ « Ce montant ne peut excéder 40 % du droit d'accise applicable à la boisson concernée. » ;
- ⑩ b) Au début de la dernière phrase du dernier alinéa, le mot : « Il » est remplacé par une phrase et les mots :
- ⑪ « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif ».

.....

Article 17 bis

Au 3° du I de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « , sauf dans la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret, » sont supprimés.

.....

Article 19

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

- ② 1° L'article L. 5121-18 est ainsi rédigé :
- ③ « *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 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 OA 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.
- ④ « Toute personne qui effectue la première vente en France d'un médicament désigné comme orphelin en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins ou d'un médicament faisant l'objet ou ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnés au *a* du I de l'article L. 5121-12 est également tenue d'adresser à l'agence et au comité la déclaration des ventes réalisées pour ce médicament prévue au premier alinéa du présent article. » ;
- ⑤ 2° À la fin de l'article L. 5122-3, les mots : « qui sont importés selon la procédure prévue à l'article L. 5121-17 » sont remplacés par les mots : « qui bénéficient d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 » ;
- ⑥ 3° Au premier alinéa de l'article L. 5123-2, les mots : « importés selon la procédure prévue à l'article L. 5121-17 » sont remplacés par les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 » ;
- ⑦ 4° L'article L. 5321-2 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Les 1° et 2° sont ainsi rédigés :

- ⑨ « 1° Par une subvention de l'État ;
- ⑩ « 2° Par des subventions d'autres collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ; »
- ⑪ b) Le 3° est abrogé ;
- ⑫ c) Les 4° et 5° deviennent, respectivement, les 3° et 4° ;
- ⑬ 5° Le chapitre I^{er} du titre II du livre III de la cinquième partie est complété par un article L. 5321-3 ainsi rédigé :
- ⑭ « Art. L. 5321-3. – I. – Donne lieu au versement d'un droit par le demandeur l'accomplissement par l'agence des opérations suivantes :
- ⑮ « 1° L'analyse d'échantillons ainsi que l'évaluation de la documentation relative au protocole de contrôle transmise par le fabricant en vue de la mise en circulation des lots de médicaments immunologiques mentionnés au 6° de l'article L. 5121-1, de médicaments dérivés du sang mentionnés à l'article L. 5121-3 et de substances qui, si elles sont utilisées séparément d'un dispositif médical dans lequel elles sont incorporées comme parties intégrantes, sont susceptibles d'être considérées comme des médicaments dérivés du sang ;
- ⑯ « 2° Les inspections expressément demandées par un établissement réalisant les activités mentionnées à l'article L. 5138-4 afin de vérifier le respect des bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5138-3 et de délivrer, le cas échéant, le certificat attestant de ce respect ;
- ⑰ « 3° La fourniture de substances de référence de la pharmacopée française ;
- ⑱ « 4° La délivrance d'attestations de qualité destinées aux exportateurs de médicaments.
- ⑲ « Le montant du droit est fixé par décret dans la limite de :
- ⑳ « a) 4 000 € pour les opérations mentionnées au 1° ;
- ㉑ « b) 15 000 € pour les opérations mentionnées au 2° ;
- ㉒ « c) 120 € pour l'opération mentionnée au 3° ;
- ㉓ « d) 3 500 € pour l'opération mentionnée au 4°.

- ②4 « II. – L'agence liquide le montant du droit dû pour chaque opération, qui donne lieu à l'émission d'un titre de perception ordonnancé par le ministère chargé de la santé. Le droit est recouvré au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés selon les modalités en vigueur en matière de créances étrangères à l'impôt et au domaine. » ;
- ②5 6° Après l'article L. 5421-6-2, il est inséré un article L. 5421-6-3 ainsi rédigé :
- ②6 « *Art. L. 5421-6-3.* – Le fait de ne pas adresser à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1, au plus tard le 31 mars de l'année en cours, la déclaration mentionnée à l'article L. 5121-18 est puni de 45 000 € d'amende.
- ②7 « Le fait d'adresser une déclaration incomplète ou inexacte est puni de 25 000 € d'amende. » ;
- ②8 7° À l'article L. 5422-2, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-17 » sont remplacés par les mots : « en application de l'article L. 5124-13 » ;
- ②9 8° Les articles L. 5121-15, L. 5121-16, L. 5121-17, L. 5121-19, L. 5122-5, L. 5138-5, L. 5211-5-2, L. 5221-7 et L. 6221-11 sont abrogés.
- ③0 II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③1 1° Au premier alinéa de l'article L. 162-16-5 et à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-17 » sont remplacés par les mots : « en application de l'article L. 5124-13 » ;
- ③2 2° L'article L. 162-17-5 est abrogé ;
- ③3 3° L'article L. 241-2 est complété par un 7° ainsi rédigé :
- ③4 « 7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 Q 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. »
- ③5 III. – Le code général des impôts est ainsi modifié :
- ③6 1° La section 0I du chapitre I^{er} du titre III de la deuxième partie du livre I^{er} est complétée par un V ainsi rédigé :

- ③⑦ « V. – Prélèvements sociaux perçus au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- ③⑧ « Art. 1600-0 N. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France de médicaments et de produits de santé définis au II du présent article sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
- ③⑨ « 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.
- ④⑩ « 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.
- ④⑪ « IV. – Le montant de la taxe est fixé forfaitairement pour chaque médicament ou produit de santé mentionné au II à :
- ④⑫ « a) 499 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 000 € et 76 000 € ;
- ④⑬ « b) 1 636 € pour les médicaments ou produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 76 001 € et 380 000 € ;

- ④④ « c) 2 634 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 380 001 € et 760 000 € ;
- ④⑤ « d) 3 890 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 760 001 € et 1 500 000 € ;
- ④⑥ « e) 6 583 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 500 001 € et 5 000 000 € ;
- ④⑦ « f) 13 166 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 5 000 001 € et 10 000 000 € ;
- ④⑧ « g) 19 749 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 10 000 001 € et 15 000 000 € ;
- ④⑨ « h) 26 332 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est compris entre 15 000 001 € et 30 000 000 € ;
- ⑤⑩ « i) 33 913 € pour les médicaments et produits dont le chiffre d'affaires est supérieur à 30 000 000 €.
- ⑤⑪ « V. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de médicaments et produits de santé mentionnés au II.
- ⑤⑫ « Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente de chaque médicament ou produit de santé mentionné au II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.
- ⑤⑬ « Art. 1600-0 O. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis 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.
- ⑤⑭ « II. – Les dispositifs mentionnés au I sont les dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* définis à l'article L. 5221-1 du même code.
- ⑤⑮ « III. – L'assiette de la taxe est constituée du montant total des ventes de dispositifs mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes portant sur les dispositifs mentionnés au même II lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union

européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne.

- ⑤6 « IV. – Le taux de cette taxe est fixé à 0,29 %.
- ⑤7 « V. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de dispositifs mentionnés au II.
- ⑤8 « Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.
- ⑤9 « *Art. 1600-0 OA.* – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France des produits définis 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.
- ⑥0 « II. – Les produits mentionnés au I sont les produits cosmétiques définis à l'article L. 5131-1 du code de la santé publique.
- ⑥1 « III. – L'assiette de la taxe est constituée du montant total des ventes de produits mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes portant sur les produits mentionnés au même II lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne.
- ⑥2 « IV. – Le taux de cette taxe est fixé à 0,1 %.
- ⑥3 « V. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de produits mentionnés au II.
- ⑥4 « Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente des produits mentionnés au même II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.
- ⑥5 « *Art. 1600-0 P.* – I. – Les redevables des taxes mentionnées au I des articles 1600-0 N, 1600-0 O et 1600-0 OA déclarent ces taxes sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations

du mois 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.

- 66 « 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 OA lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287.
- 67 « II. – Les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 N, 1600-0 O et 1600-0 OA 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.
- 68 « 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.
- 69 « 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 OA.
- 70 « *Art. 1600-0 Q.* – I. – Il est institué une taxe annuelle perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés due par les laboratoires de biologie médicale définis à l'article L. 6212-1 du code de la santé publique dont tout ou partie des examens sont soumis, pour l'année en cause, au contrôle national de qualité mentionné à l'article L. 6221-10 du même code.
- 71 « II. – Le montant de la taxe mentionnée au I est fixé forfaitairement par décret dans la limite maximale de 600 €.
- 72 « III. – Les redevables déclarent la taxe sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois de

mars ou du premier trimestre de l'année civile. La taxe est acquittée lors du dépôt de la déclaration.

73 « Pour les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 *septies* A, la taxe est déclarée et acquittée lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287.

74 « IV. – La taxe est constatée, recouvrée et contrôlée 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. » ;

75 2° Après la section V *quater* du chapitre III du même titre III, est insérée une section V *quinquies* ainsi rédigée :

76 « Section V *quinquies*

77 « **Droits perçus au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés**

78 « Art. 1635 bis AE. – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt auprès de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique de chaque :

79 « 1° Demande d'enregistrement mentionnée aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;

80 « 2° Demande d'enregistrement mentionnée à l'article L. 5121-14-1 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;

81 « 3° Demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de renouvellement ou de chaque demande ou notification de modification de cette autorisation ;

82 « 4° Demande de reconnaissance par au moins un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le directeur général de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1, mentionnée à l'article

L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de modification de cette autorisation ;

83 « 5° Demande d'autorisation d'importation parallèle conformément à l'article L. 5124-13 du même code et de chaque demande de modification ou de renouvellement de cette autorisation ;

84 « 6° Demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité mentionné aux articles L. 5122-8 et L. 5122-14 du même code ;

85 « 7° Dépôt de publicité mentionné aux articles L. 5122-9 et L. 5122-14 du même code.

86 « II. – Le montant du droit dû à raison des dépôts mentionnés au I est fixé par décret dans la limite maximale de :

87 « a) 7 600 € pour les demandes mentionnées au 1° du I ;

88 « b) 21 000 € pour les demandes mentionnées au 2° du I ;

89 « c) 50 000 € pour les demandes mentionnées aux 3° à 5° du I ;

90 « d) 1 200 € pour les demandes mentionnées aux 6° et 7° du I.

91 « III. – Le versement du droit est accompagné d'une déclaration dont le modèle est fixé par l'administration. Le droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. Il est donné quittance de son versement. À défaut de production de la quittance à l'appui de son dépôt à l'agence ou en cas de versement d'un montant insuffisant, le dossier de la demande est réputé incomplet et la publicité mentionnée au 7° du I est réputée non déposée.

92 « Lorsque le dossier d'une demande mentionnée au I est complet ou que la publicité mentionnée au 7° du même I est déposée, le droit versé n'est restituable qu'à concurrence de la fraction de son montant dont l'agence a antérieurement constaté l'insuffisance de versement. » ;

93 3° Après le III de l'article 1647, il est inséré un III *bis* ainsi rédigé :

94 « 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 OA et 1600-0 Q et sur celui des droits mentionnés à l'article 1635 *bis* AE. »

95 III *bis*. – (*Supprimé*)

⑨⑥ IV à VI. – (Non modifiés)

Article 22

(Pour coordination)

Est approuvé le montant de 3,1 milliards d'euros, correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 23

- ① Pour l'année 2012, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et par branche à :
- ③

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie.....	180,4
Vieillesse.....	202,6
Famille.....	54,4
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	13,4
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	440,2

;

- ④ 2° Pour le régime général de sécurité sociale et par branche à :
- ⑤

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	155,7
Vieillesse	104,7
Famille	53,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	316,7

 ;

⑥ 3° Pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale à :

⑦

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Fonds de solidarité vieillesse	14,2

Article 24

① Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

②

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	180,4	186,2	-5,8
Vieillesse	202,6	210,4	-7,8
Famille	54,4	56,5	-2,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,4	13,3	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	440,2	455,8	-15,6

Article 25

① Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

②

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	155,7	161,6	-5,9
Vieillesse	104,7	110,6	-5,9
Famille	53,9	56,0	-2,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	11,9	0,0
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	316,7	330,5	-13,8

Article 26

① Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

②

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	14,2	18,3	-4,1

Article 27

① I. – Pour l'année 2012, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 11,1 milliards d'euros.

② II. – Pour l'année 2012, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

③

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

④ III. – Pour l’année 2012, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

⑤

(En milliards d’euros)

	Prévisions de recettes
Recettes fiscales affectées	0,4
Total	0,4

Article 28

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2012-2015), 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.

Section 3

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

Article 29

(Conforme)

.....

Article 30 bis

(Conforme)

.....

Article 31

① I. – Le titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un chapitre IX *ter* ainsi rédigé :

② « CHAPITRE IX TER

③ « *Gestion des risques financiers*

④ « *Art. L. 139-3.* – Les ressources non permanentes auxquelles peuvent recourir les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement ne peuvent consister qu'en des avances de trésorerie ou des emprunts contractés pour une durée inférieure ou égale à douze mois auprès de la Caisse des dépôts et consignations ou d'un ou plusieurs établissements de crédit agréés dans un État membre de l'Union européenne ou dans un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou, dans les conditions fixées à l'article L. 225-1-4, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans le cadre d'une convention soumise à l'approbation des ministres chargés de la tutelle du régime ou de l'organisme concerné.

⑤ « Toutefois, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également autorisée à émettre des titres de créances négociables, dans les mêmes conditions de durée. Son programme d'émission fait l'objet chaque année d'une approbation par les ministres chargés de sa tutelle.

⑥ « Ces dispositions sont sans préjudice de prêts et avances pouvant être consentis aux régimes et organismes mentionnés au premier alinéa du présent article, dans les mêmes conditions d'approbation et de durée, par un organisme gestionnaire d'un régime obligatoire de protection sociale ou par un organisme ou fonds mentionné au 8^o du III de l'article L.O. 111-4.

⑦ « *Art. L. 139-4.* – Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les organismes concourant à leur financement et les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ne peuvent placer leurs disponibilités excédant leurs besoins de trésorerie que dans des actifs réalisables à des échéances compatibles avec la durée prévisible de ces disponibilités.

⑧ « *Art. L. 139-5.* – Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement les résultats d'un audit contractuel sur la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, notamment dans le cadre de ses opérations d'émission de titres de créances négociables et de placement de ses excédents. »

⑨ II. – (*Non modifié*)

Article 31 bis A

(*Supprimé*)

Article 31 bis

(*Conforme*)

Article 32

① Sont habilités à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les régimes obligatoires de base et les organismes concourant à leur financement mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

②

(*En millions d'euros*)

	Montants limites
Régime général – Agence centrale des organismes de sécurité sociale.....	22 000
Régime des exploitants agricoles – Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	2 900
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	1 450
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État	50
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.....	900
Caisse nationale des industries électriques et gazières.....	600
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français.....	650
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens.....	50

③ À titre dérogatoire, la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français est autorisée à recourir à

des ressources non permanentes dans la limite de 1 600 millions d'euros du 1^{er} au 15 janvier et du 15 au 31 décembre 2012.

Article 32 bis

(Supprimé)

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2012

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 33 A

(Supprimé)

Article 33 B

- ① I. – L'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ③ « En cas de reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique, faisant immédiatement suite à un arrêt de travail indemnisé à temps complet, une indemnité journalière est servie en tout ou partie, dans la limite prévue à l'avant-dernier alinéa du présent article, pendant une durée fixée par la caisse mais ne pouvant excéder une durée déterminée par décret : » ;
- ④ 2° Au dernier alinéa, le mot : « maintenu » est remplacé par le mot : « servie » ;
- ⑤ 3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

- ⑥ « L'exigence d'un arrêt de travail indemnisé à temps complet précédant immédiatement la reprise à temps partiel n'est pas opposable aux assurés atteints d'une affection donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L. 324-1, dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection. »
- ⑦ II. – *(Non modifié)*

Article 33 CA (nouveau)

- ① L'article L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 323-4-1.* – Au cours de toute interruption de travail d'au moins trois mois pour cause de maladie ou d'accident non professionnel et lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible, le médecin conseil, en liaison avec le médecin traitant, sollicite le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix. »

Article 33 C

(Supprimé)

Article 33

- ① I à X, X bis et XI. – *(Non modifiés)*
- ② XII. – *(Supprimé)*

Articles 33 bis A, 33 bis B et 33 bis C

(Supprimés)

Article 33 bis

(Conforme)

Article 33 ter

(Supprimé)

Article 34 bis A

(Supprimé)

Article 34 bis

- ① I. – Après l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2132-2-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 2132-2-2.* – Dans le cadre des programmes de santé mentionnés à l'article L. 1411-6, l'enfant bénéficie avant la fin de son troisième mois d'un dépistage précoce des troubles de l'audition.
- ③ « Ce dépistage comprend :
- ④ « 1° Un examen de repérage des troubles de l'audition réalisé avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ;
- ⑤ « 2° Lorsque celui-ci n'a pas permis d'apprécier les capacités auditives de l'enfant, des examens complémentaires réalisés avant la fin du troisième mois de l'enfant dans une structure spécialisée dans le diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement des troubles de l'audition agréée par l'agence régionale de santé territorialement compétente ;
- ⑥ « 3° Une information sur les différents modes de communication existants, en particulier la langue mentionnée à l'article L. 312-9-1 du code de l'éducation, et leur disponibilité au niveau régional ainsi que sur les mesures de prise en charge et d'accompagnement des troubles de l'audition susceptibles d'être proposées à l'enfant et à sa famille.

- ⑦ « Les résultats de ces examens sont transmis aux titulaires de l'autorité parentale et inscrits sur le carnet de santé de l'enfant. Lorsque des examens complémentaires sont nécessaires, les résultats sont également transmis au médecin de la structure mentionnée au 2° du présent article.
- ⑧ « Ce dépistage ne donne pas lieu à une contribution financière des familles.
- ⑨ « Chaque agence régionale de santé élabore, en concertation avec les associations, les fédérations d'associations et tous les professionnels concernés par les troubles de l'audition, un programme de dépistage précoce des troubles de l'audition qui détermine les modalités et les conditions de mise en œuvre de ce dépistage, conformément à un cahier des charges national établi par arrêté après avis de la Haute Autorité de santé et du conseil national de pilotage des agences régionales de santé mentionné à l'article L. 1433-1. »
- ⑩ II. – Dans les trois ans suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu à l'article L. 2132-2-2 du code de la santé publique. Ce rapport dresse notamment le bilan de la réalisation des objectifs de dépistage, diagnostic et prise en charge précoces, des moyens mobilisés, des coûts associés et du financement de ceux-ci et permet une évaluation de l'adéquation du dispositif mis en place à ces objectifs.
- ⑪ Le cahier des charges national prévu au même article L. 2132-2-2 est publié dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi.
- ⑫ Les agences régionales de santé mettent en œuvre le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu audit article L. 2132-2-2 dans les deux ans suivant la promulgation de la présente loi.

Article 34 *ter*

(Conforme)

Article 34 *quater*

- ① Le *b* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ② « Pour l'application du présent *b*, sont inscrites, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, au répertoire des spécialités génériques les spécialités dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale qui présentent la même composition quantitative que ce principe actif et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la spécialité de référence ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ; ».

Article 34 quinquies A

(Supprimé)

Article 34 quinquies

(Suppression conforme)

.....

Article 34 nonies

- ① I. – À défaut de conclusion, un mois après l'entrée en vigueur de la présente loi, d'un avenant conventionnel visant les médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs fixés par la convention médicale prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et les autorisant à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale disposent, à cet effet et pendant une durée de deux mois, de la faculté de modifier par arrêté la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 26 juillet 2011, en portant notamment à 50 % le taux d'encadrement des dépassements d'honoraires mentionné au troisième alinéa de l'article 36 de la convention signée le 26 juillet 2011 en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.
- ② II. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ③ « Elles prévoient également la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires encadrés en application du I de l'article 34 *nonies* de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2012 à hauteur du taux maximal de dépassements d'honoraires autorisé par lesdites dispositions conventionnelles. »
- ④ III. – Le II entre en vigueur concomitamment aux dispositions prévues en application du I pour les contrats et règlements relatifs à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais des soins de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, conclus ou renouvelés après cette entrée en vigueur.

Article 35

- ① Après le deuxième alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Ils fixent, dans le respect de la déontologie des professions de santé, des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements de santé, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé, dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décret, après consultation de la Haute Autorité de santé, de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et des fédérations hospitalières représentatives des établissements publics et privés. Les résultats obtenus au regard de ces indicateurs sont publiés chaque année par les établissements de santé. En cas d'absence de publicité des résultats des indicateurs ou lorsque les objectifs fixés n'ont pas été atteints, le directeur général de l'agence régionale de santé peut faire application du dernier alinéa de l'article L. 6114-1. Lorsque les objectifs fixés ont été atteints ou dépassés, le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider du versement d'une contrepartie financière, selon des modalités et dans des conditions fixées par décret. »

Articles 35 bis A, 35 bis B, 35 bis C et 35 bis D

(Supprimés)

Article 35 bis

- ① I. – L'article L. 6211-21 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6211-21.* – Sous réserve des accords ou conventions susceptibles d'être passés avec des régimes ou des organismes d'assurance maladie ou des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif de la nomenclature des actes de biologie médicale prise en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale. »
- ③ II. – Le IV de l'article 8 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale est abrogé.
-

Article 35 octies

(Conforme)

Article 36

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre V du titre III du livre IV de la première partie est complété par une section 5 ainsi rédigée :
- ③ « *Section 5*
- ④ « ***Fonds d'intervention régional***
- ⑤ « *Art. L. 1435-8.* – Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :
- ⑥ « 1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 ;

- ⑦ « 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;
- ⑧ « 3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;
- ⑨ « 4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1 et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;
- ⑩ « 5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;
- ⑪ « 6° La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;
- ⑫ « 7° La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets ;
- ⑬ « 8° La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes.
- ⑭ « Les financements alloués aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux au titre du fonds d'intervention régional, ainsi que les engagements pris en contrepartie, sont inscrits et font l'objet d'une évaluation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés, respectivement, à l'article L. 6114-2 du présent code et à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.
- ⑮ « *Art. L. 1435-9.* – Les ressources du fonds sont constituées par :
- ⑯ « 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 ;

- ⑰ « 2° Une dotation de l'État ;
- ⑱ « 3° Le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- ⑲ « 4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.
- ⑳ « Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :
- ㉑ « a) Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ;
- ㉒ « b) Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.
- ㉓ « Art. L. 1435-10. – Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé.
- ㉔ « La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.
- ㉕ « La gestion comptable et financière du fonds est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle peut déléguer une partie de ses crédits aux agences régionales de santé.
- ㉖ « Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par le fonds sont prescrites à son profit au 31 décembre du quatrième exercice suivant dans des conditions fixées par décret.

- ②7 « En vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.
- ②8 « *Art. L. 1435-11.* – Les modalités d'application de la présente section sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ②9 2° Le 6° de l'article L. 1432-6 est abrogé ;
- ③0 3° Avant le dernier alinéa de l'article L. 1433-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③1 « Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8. » ;
- ③2 4° La seconde phrase du second alinéa de l'article L. 1434-6 est ainsi rédigée :
- ③3 « Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L. 1435-9. » ;
- ③4 5° Le troisième alinéa de l'article L. 1435-4 est ainsi rédigé :
- ③5 « La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. » ;
- ③6 5° *bis* L'article L. 6112-3-2 est abrogé ;
- ③7 6° L'article L. 6323-5 est ainsi modifié :
- ③8 a) À la fin de la première phrase, les mots : « pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « régional prévu à l'article L. 1435-8 » ;
- ③9 b) La dernière phrase est supprimée.
- ④0 II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ④① 1° L'article L. 221-1-1 est ainsi modifié :
- ④② a) Le deuxième alinéa du I est ainsi rédigé :
- ④③ « 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. » ;
- ④④ a bis) Les troisième, quatrième et sixième alinéas du I sont supprimés ;
- ④⑤ b) À la fin du 3° du IV, les mots : « et celle réservée au financement des actions à caractère régional » sont supprimés ;
- ④⑥ c) Le V est ainsi modifié :
- ④⑦ – à la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les agences régionales de santé et » sont supprimés ;
- ④⑧ – la dernière phrase du même premier alinéa est supprimée ;
- ④⑨ – la seconde phrase du second alinéa est supprimée ;
- ⑤① d) La seconde phrase du premier alinéa du VI est supprimée ;
- ⑤② 2° Au début de la première phrase de l'article L. 162-45, les mots : « Le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et » sont supprimés.
- ⑤③ III à VI. – (*Non modifiés*)

Article 36 bis

(*Conforme*)

Article 37

- ① À compter de l'exercice 2012 et pour une période ne pouvant excéder trois ans, des expérimentations peuvent être menées sur les règles de tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

- ② Pour les besoins de ces expérimentations, il peut être dérogé aux règles de calcul du forfait global relatif aux soins prévues au 1° de l'article L. 314-2 du même code en introduisant une majoration de ce forfait en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité, dont la liste est fixée par décret.
- ③ Les modalités de mise en œuvre des expérimentations sont déterminées par un cahier des charges national approuvé par décret en Conseil d'État.
- ④ Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé dont la liste est fixée par un arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale. Les agences sélectionnent les établissements participant à l'expérimentation parmi les établissements volontaires en fonction de critères définis dans le cahier des charges national.
- ⑤ Un bilan annuel des expérimentations est réalisé par les ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale d'après les éléments transmis par les agences régionales de santé et est transmis au Parlement.
- ⑥ Un rapport d'évaluation est réalisé avant le terme de l'expérimentation, en vue d'une éventuelle généralisation.

Article 37 bis A

- ① Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Si la convention pluriannuelle ne peut pas être renouvelée avant son arrivée à échéance en raison d'un refus de renouvellement par le directeur de l'agence régionale de santé ou le président du conseil général, elle est réputée prorogée pendant une durée maximale d'un an. »

Articles 37 bis B, 37 bis C et 37 bis D

(Supprimés)

Article 37 bis E

- ① Le dernier alinéa de l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :
- ② « Les professionnels intervenant dans les conditions prévues au présent article ainsi que les professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les services de soins infirmiers à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement ou le service. »

Article 37 bis

(Conforme)

Article 37 quater

(Supprimé)

Article 38 bis

(Supprimé)

Article 38 ter

(Conforme)

Articles 38 quater, 38 quinquies et 38 sexies

(Supprimés)

Article 39

- ① I. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le 6°, sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :
- ③ « 7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;
- ④ « 8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;
- ⑤ « 9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des articles L. 5125-3 et L. 5125-4 du code de la santé publique ;
- ⑥ « 10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention.
- ⑦ « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés aux 7° et 8° du présent article. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention ou de l'avenant comportant la mesure conventionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3. » ;
- ⑧ 2° Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

- ⑨ « Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° du présent article entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.
- ⑩ « Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. À défaut d'un avenant fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- ⑪ « Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine. »
- ⑫ II. – (*Non modifié*)

Article 40

- ① I. – L'article L. 162-22-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 162-22-11.* – Dans les établissements mentionnés aux *a* à *c* de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du même I, servent de base à l'exercice des recours contre tiers et à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du présent code et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. »

- ③ II. – Le 1° de l'article L. 174-3 du même code est complété par les mots : « , sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 ».
- ④ III. – La section 12 du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du même code est complétée par un article L. 174-20 ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 174-20.* – Pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, les établissements de santé peuvent déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par un régime d'assurance maladie régi par le présent code, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, des patients relevant des soins urgents définis à l'article L. 254-1 du même code, des patients accueillis dans le cadre d'une intervention humanitaire et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles en application des traités, accords et règlements internationaux auxquels la France est partie.
- ⑥ « Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret. »
- ⑦ IV. – À la dernière phrase du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), après les mots : « assurance maladie, », sont insérés les mots : « sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et ».

Article 41 bis

(Supprimé)

Article 45

- ① Le III *ter* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rédigé :

- ② « III *ter*. – Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d’expertise exercées par l’Agence technique de l’information sur l’hospitalisation. »

Article 46

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d’assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 285,87 millions d’euros pour l’année 2012.
- ③ III. – (*Non modifié*)
- ④ IV. – 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 2012, à 160 millions d’euros.
- ⑤ V et VI. – (*Non modifiés*)
-

Articles 46 *ter* et 46 *quater*

(Supprimés)

Article 47

- ① Pour l’année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :
- ② 1° Pour l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 186,2 milliards d’euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 161,6 milliards d’euros.

Article 48

① Pour l'année 2012, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

②

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	78,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.....	55,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé.....	19,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	8,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.....	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge.....	1,2
Total	171,2

Articles 48 bis et 48 ter

(Supprimés)

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Articles 49 bis et 49 ter

(Supprimés)

Article 51

- ① I. – Après l'article L. 382-29 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 382-29-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 382-29-1.* – Sont prises en compte pour l'application de l'article L. 351-14-1, dans les mêmes conditions que les périodes définies au 1° du même article, les périodes de formation accomplies au sein de congrégations ou de collectivités religieuses ou dans des établissements de formation des ministres du culte qui précèdent l'obtention du statut défini à l'article L. 382-15 entraînant affiliation au régime des cultes. »
- ③ II. – L'article L. 382-29-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 51 bis A

(Supprimé)

Article 51 bis B

- ① I. – L'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin du premier alinéa, l'année : « 1956 » est remplacée par l'année : « 1955 » ;
- ③ 2° Le second alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
- ④ « Cet âge est fixé par décret dans la limite de l'âge mentionné au premier alinéa pour les assurés nés avant le 1^{er} janvier 1955 et, pour ceux nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1954, de manière croissante :
- ⑤ « 1° À raison de quatre mois par génération pour les assurés nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1951 ;
- ⑥ « 2° À raison de cinq mois par génération pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1952 et le 31 décembre 1954. »
- ⑦ II. – L'article 22 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites est ainsi modifié :
- ⑧ 1° Le I est ainsi modifié :

- ⑨ a) À la fin du 1^o, l'année : « 1966 » est remplacée par l'année : « 1965 » ;
- ⑩ b) À la fin du 2^o, l'année : « 1963 » est remplacée par l'année : « 1962 » ;
- ⑪ c) À la fin du 3^o, l'année : « 1962 » est remplacée par l'année : « 1961 » ;
- ⑫ d) À la fin du 4^o, l'année : « 1961 » est remplacée par l'année : « 1960 » ;
- ⑬ 2^o Le II est ainsi rédigé :
- ⑭ « II. – Cet âge est fixé par décret dans la limite respective des âges mentionnés au I pour les fonctionnaires atteignant avant le 1^{er} janvier 2015 l'âge d'ouverture du droit applicable antérieurement à la présente loi et, pour ceux atteignant cet âge entre le 1^{er} juillet 2011 et le 31 décembre 2014, de manière croissante à raison :
- ⑮ « 1^o De quatre mois par génération pour les fonctionnaires atteignant cet âge entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2011 ;
- ⑯ « 2^o De cinq mois par génération pour les fonctionnaires atteignant cet âge entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2014. »
- ⑰ III. – L'article 28 de la même loi est ainsi modifié :
- ⑱ 1^o Au I, l'année : « 1956 » est remplacée par l'année : « 1955 » ;
- ⑲ 2^o Le II est ainsi rédigé :
- ⑳ « II. – Cette limite d'âge est fixée par décret dans la limite de l'âge mentionné au I pour les fonctionnaires atteignant avant le 1^{er} janvier 2015 l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite applicable antérieurement à la présente loi et, pour ceux atteignant cet âge entre le 1^{er} juillet 2011 et le 31 décembre 2014, de manière croissante à raison :
- ㉑ « 1^o De quatre mois par génération pour les fonctionnaires atteignant cet âge entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2011 ;
- ㉒ « 2^o De cinq mois par génération pour les fonctionnaires atteignant cet âge entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2014. »
- ㉓ IV. – L'article 31 de la même loi est ainsi modifié :
- ㉔ 1^o Le I est ainsi modifié :
- ㉕ a) À la fin du 1^o, l'année : « 1966 » est remplacée par l'année : « 1965 » ;

- ②6 b) À la fin du 2°, l'année : « 1964 » est remplacée par l'année : « 1963 » ;
- ②7 c) À la fin du 3°, l'année : « 1963 » est remplacée par l'année : « 1962 » ;
- ②8 d) À la fin du 4°, l'année : « 1962 » est remplacée par l'année : « 1961 » ;
- ②9 e) À la fin du 5°, l'année : « 1961 » est remplacée par l'année : « 1960 » ;
- ③0 f) À la fin du 6°, l'année : « 1959 » est remplacée par l'année : « 1958 » ;
- ③1 2° Le II est ainsi rédigé :
- ③2 « II. – Cette limite d'âge est fixée par décret dans la limite respective des âges mentionnés au I pour les fonctionnaires atteignant avant le 1^{er} janvier 2015 l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite applicable antérieurement à la présente loi et, pour ceux atteignant cet âge entre le 1^{er} juillet 2011 et le 31 décembre 2014, de manière croissante à raison :
- ③3 « 1° De quatre mois par génération pour les fonctionnaires atteignant cet âge entre le 1^{er} juillet 2011 et le 31 décembre 2011 ;
- ③4 « 2° De cinq mois par génération pour les fonctionnaires atteignant cet âge entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2014. »
- ③5 V. – L'article 33 de la même loi est ainsi modifié :
- ③6 1° À la fin des premier et avant-dernier alinéas du I et à la fin du premier alinéa du II, l'année : « 2016 » est remplacée par l'année : « 2015 » ;
- ③7 2° Aux dixième et dernier alinéas du I et au dernier alinéa du II, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année : « 2014 ».
- ③8 VI. – L'article 35 de la même loi est ainsi modifié :
- ③9 1° À la fin du premier alinéa du I, l'année : « 2016 » est remplacée par l'année : « 2015 » ;
- ④0 2° Au II, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année : « 2014 ».
- ④1 VII. – Les articles 22, 28, 31 et 35 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, dans leur rédaction issue de la présente loi, sont applicables aux ouvriers régis par le régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État.

Article 51 septies

- ① I. – L'article L. 816-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 816-1.* – Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère qui répondent à l'une des conditions suivantes :
- ③ « 1° Être titulaire depuis au moins dix ans d'un titre de séjour autorisant à travailler ;
- ④ « 2° Être réfugié, apatride, avoir combattu pour la France dans les conditions prévues aux 4°, 5°, 6° ou 7° de l'article L. 314-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ou bénéficier de la protection subsidiaire ;
- ⑤ « 3° Être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne, d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, dans les conditions mentionnées à l'article L. 262-6 du code de l'action sociale et des familles. »
- ⑥ II. – Le présent article s'applique aux demandes déposées postérieurement à la publication de la présente loi.

Article 52

- ① Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 210,4 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 110,6 milliards d'euros.

Section 3

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

Articles 53 bis, 53 ter et 53 quater

(Supprimés)

Article 55

Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du même code est fixé à 110 millions d'euros pour l'année 2012.

Article 56

- ① Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,3 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 11,9 milliards d'euros.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Articles 58 bis A et 58 bis B

(Supprimés)

Article 58 bis

- ① I. – Après le mot : « revalorisées », la fin de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « au 1^{er} avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par la commission visée à l'article L. 161-23-1.
- ② « Si l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année considérée établie à titre définitif par l'Institut national de la statistique et des études économiques est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement du coefficient fixé au 1^{er} avril de l'année suivante, égal à la différence entre cette évolution et celle initialement prévue. »
- ③ II. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, le montant des bases mensuelles de calcul des prestations familiales est fixé à 399 € pour 2012.
- ④ Ce montant ne peut servir de référence à l'ajustement mentionné au second alinéa du même article L. 551-1.
- ⑤ III. – Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 522-2, du dernier alinéa de l'article L. 531-2 et du troisième alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale, les plafonds de ressources servant à déterminer le droit aux prestations familiales sous conditions de ressources sont revalorisés de 1 % pour 2012.
- ⑥ IV. – Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 8 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 départementale de Mayotte, le plafond de ressources servant à déterminer le droit à l'allocation de rentrée scolaire est revalorisé de 1 % pour 2012.
-

Articles 58 quater, 58 quinquies et 58 sexies

(Supprimés)

Article 59

- ① Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Famille sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 56,5 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 56,0 milliards d'euros.

Section 5

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

Article 61

- ① Pour l'année 2012, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :
- ②

(En milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	18,3

Section 6

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

Article 62 bis

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er}, il est inséré un chapitre IV *quater* ainsi rédigé :
- ③

« CHAPITRE IV QUATER
- ④ « ***Prospective et performance du service public de la sécurité sociale***
- ⑤ « *Art. L. 114-23.* – I. – Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'État conclut avec les organismes nationaux de sécurité sociale une convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale.
- ⑥ « Cette convention est signée, pour le compte de chaque organisme national du régime général, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur et, pour les régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du présent code, dans des conditions fixées par décret.
- ⑦ « Cette convention détermine les objectifs transversaux aux différents organismes de sécurité sociale en vue de fixer des actions communes en matière :
- ⑧ « 1° De mise en œuvre des mesures de simplification et d'amélioration de la qualité du service aux assurés, allocataires et cotisants ;
- ⑨ « 2° De mutualisation entre organismes, notamment dans le domaine de la gestion immobilière, des achats, des ressources humaines, de la communication et des systèmes d'information, en cohérence avec le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

- ⑩ « 3° De présence territoriale des différents régimes et différentes branches mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 611-1 du présent code et L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime sur le territoire national ;
- ⑪ « 4° D'évaluation de la performance des différents régimes.
- ⑫ « Cette convention prévoit, le cas échéant, les outils de mesure quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.
- ⑬ « Elle détermine également :
- ⑭ « a) Les conditions de conclusion des avenants à la présente convention ;
- ⑮ « b) Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.
- ⑯ « II. – La convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale est conclue pour une période minimale de quatre ans. La convention et, le cas échéant, les avenants qui la modifient sont transmis aux commissions permanentes parlementaires mentionnées à l'article L.O. 111-9.
- ⑰ « III. – Les conventions mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime et dans les dispositions réglementaires ayant le même objet sont négociées dans le respect de la convention mentionnée au I du présent article.
- ⑱ « Art. L. 114-24. – Le fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale finance des études et des actions concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale, notamment la réalisation d'audits ou de projets, et contribue aux dépenses de fonctionnement résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.
- ⑲ « Les dépenses du fonds sont imputées sur les budgets de gestion des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que des régimes spéciaux dans des conditions fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.
- ⑳ « Les modalités de gestion du fonds sont déterminées par décret. » ;

- ⑲ 2° L'article L. 224-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑳ « Elle assure la gestion administrative et comptable du fonds mentionné à l'article L. 114-24. » ;
- ㉑ 3° À la fin de la deuxième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 200-3, les mots : « et au conseil de surveillance » sont supprimés ;
- ㉒ 4° La dernière phrase du premier alinéa du III de l'article L. 227-1 est supprimée ;
- ㉓ 5° Le chapitre VIII du titre II du livre II est abrogé.
- ㉔ II. – La première convention mentionnée à l'article L. 114-23 du code de la sécurité sociale est signée avant le 1^{er} janvier 2013.

Article 62 *ter*

- ① La section 1 du chapitre III du titre II du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 123-2-4 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 123-2-4.* – La rémunération et les accessoires de rémunération des directeurs des organismes nationaux qui assurent la gestion d'un régime obligatoire de base de sécurité sociale et, le cas échéant, de ses sections professionnelles, à l'exception des régimes institués sous la forme d'un établissement public, sont fixés soit par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, soit par le conseil d'administration desdits organismes. Les modifications apportées à ces rémunérations et accessoires de rémunération sont soumises à la même approbation.
- ③ « La liste des organismes auxquels le présent article est applicable est fixée par arrêté.
- ④ « Les modalités d'application du présent article sont prévues par décret. »

.....

Article 62 *quinquies*

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ② 1° L'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre I^{er} du livre II est ainsi rédigé : « Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;
- ③ 2° L'article L. 215-3 est ainsi modifié :
- ④ a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « Pour la région d'Île-de-France, la caisse compétente mentionnée à l'article L. 215-1 n'exerce pas les missions... (*le reste sans changement*). » ;
- ⑤ b) À la première phrase du second alinéa, les mots : « des caisses mentionnées » sont remplacés par les mots : « de la caisse mentionnée » ;
- ⑥ 3° L'article L. 215-5 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle gère le régime... (*le reste sans changement*). » ;
- ⑧ b) Au second alinéa, les mots : « régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « mentionnée au premier alinéa » ;
- ⑨ 4° À l'article L. 215-6, les mots : « régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;
- ⑩ 5° L'article L. 215-7 est ainsi rédigé :
- ⑪ « Art. L. 215-7. – La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant :
- ⑫ « 1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;
- ⑬ « 2° Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;
- ⑭ « 3° Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;
- ⑮ « 4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et désignées par l'autorité compétente de l'État, dont au moins un représentant des retraités

et un représentant de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

- ⑩ « Siègent également avec voix consultative :
- ⑪ « a) Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si dans la circonscription de la caisse régionale il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;
- ⑫ « b) Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.
- ⑬ « Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux 1° et 2°. » ;
- ⑭ 6° Au premier alinéa des articles L. 216-1 et L. 281-4, les mots : « régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;
- ⑮ 7° L'article L. 222-1 est ainsi modifié :
- ⑯ a) Au 3°, les mots : « , ainsi que sur la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont supprimés ;
- ⑰ b) Au 6°, les mots : « et de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont supprimés ;
- ⑱ 8° L'article L. 251-7 est abrogé ;
- ⑲ 9° Le 1° du II de l'article L. 325-1 est ainsi rédigé :
- ⑳ « 1° Salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, et salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements ; »

- ⑰ 10° À la fin de la première phrase de l'article L. 357-14, les mots : « régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle ».
- ⑱ II à V. – *(Non modifiés)*

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 63 A

(Supprimé)

Article 63

(Conforme)

Articles 63 bis A et 63 bis B

(Supprimés)

.....

Article 63 quater

- ① Après la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :
- ② « Ces échanges peuvent notamment porter sur les montants des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa. Cette nouvelle fonctionnalité est mise en œuvre avant la fin de l'année 2012. »

Article 63 quinquies

- ① Après l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-3 ainsi rédigé :
 - ② « *Art. L. 114-12-3.* – La constatation de l'obtention frauduleuse, notamment à l'aide de faux documents ou de fausses déclarations, d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques entraîne la suspension du versement des prestations dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-4 et le réexamen du droit à l'ensemble des prestations versées par les organismes mentionnés à l'article L. 114-12. Le cas échéant, le service chargé du répertoire national d'identification des personnes physiques procède à l'annulation du numéro d'inscription obtenu frauduleusement. »
-

Article 64

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II. – Le chapitre VI du titre VII du livre III du même code est complété par des articles L. 376-4 et L. 376-5 ainsi rédigés :
- ③ « *Art. L. 376-4.* – La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.
- ④ « L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l'article L. 376-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.
- ⑤ « Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L. 376-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

- ⑥ « La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. 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 la caisse.
- ⑦ « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.
- ⑧ « Art. L. 376-5. – (*Supprimé*) »
- ⑨ III. – (*Non modifié*)
- ⑩ IV. – Le chapitre IV du titre V du livre IV du même code est complété par des articles L. 454-2 et L. 454-3 ainsi rédigés :
- ⑪ « Art. L. 454-2. – La caisse d'assurance maladie de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.
- ⑫ « L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa du présent article ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre des recours subrogatoires prévus aux articles L. 454-1, L. 455-1 et L. 455-1-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.
- ⑬ « Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.
- ⑭ « La contestation de la décision de la caisse d'assurance maladie relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. 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 la caisse.
- ⑮ « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

⑩ « Art. L. 454-3. – (*Supprimé*) »

⑪ V. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑫ « 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. »

Article 67

(Conforme)

Article 67 quinquies

(Supprimé)

Délibéré en séance publique, à Paris, le 22 novembre 2011.

Le Président,
Signé : BERNARD ACCOYER

ANNEXES

ANNEXE A

Rapport présentant un tableau, établi au 31 décembre 2010, 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 l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010

① I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2010

②

(En milliards d'euros)

Actif	2010	2009	Variation	Passif	2010	2009	Variation
Immobilisations	6,6	6,8	-0,2	Capitaux propres	-87,1	-66,3	-20,8
Immobilisations non financières ...	3,9	4,0	0,0	Dotations	32,8	30,3	2,4
				Régime général....	0,5	0,5	0,0
				Autres régimes	3,7	3,5	0,2
Prêts, dépôts de garantie et autres ...	1,8	2,1	-0,2	Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2	0,0
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) ...	0,8	0,8	0,0	Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	28,3	26,1	2,3
				Réserves	13,2	13,7	-0,5
				Régime général....	2,6	2,6	0,0
				Autres régimes	6,7	7,0	-0,3
				FRR	3,9	4,1	-0,1
				Report à nouveau	-110,0	-90,7	-19,3
				Régime général....	-13,5	6,9	-20,4
				Autres régimes	-1,3	-0,3	-1,0

(En milliards d'euros)

Actif	2010	2009	Variation	Passif	2010	2009	Variation
				Fonds de solidarité			
				vieillesse (FSV)...	-3,2	0,0	-3,2
				CADES.....	-92,0	-97,3	5,3
				Résultat de l'exercice	-23,9	-19,6	-4,3
				Régime général....	-23,9	-20,3	-3,6
				Autres régimes	-1,6	-1,2	-0,4
				FSV	-4,1	-3,2	-0,9
				CADES.....	5,1	5,3	-0,1
				FRR	0,6	-0,1	0,7
				Autres	0,7	0,0	0,7
				FRR	0,7	0,0	0,7
				Provisions pour risques et charges	17,0	16,4	0,5
Actif financier	50,7	48,4	2,3	Passif financier	146,8	124,7	22,0
Valeurs mobilières et titres de placement	44,6	43,9	0,8	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	118,8	106,5	12,3
Autres régimes	9,2	8,8	0,4	Régime général....	17,5	9,6	8,0
CADES.....	1,5	4,0	-2,4	CADES.....	101,2	97,0	4,3
FRR	33,9	31,2	2,7	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	24,7	17,8	6,9
Encours bancaire	5,9	4,3	1,6	Régime général (y compris prêts et consignations)...	21,0	15,5	5,5
Régime général....	0,8	0,5	0,3	Autres régimes	3,7	2,1	1,6
Autres régimes	0,7	0,6	0,1	CADES.....	0,0	0,2	-0,2
CADES.....	1,2	1,0	0,2	Dépôts	0,8	0,0	0,8
FRR	3,2	2,3	0,9	Régime général....	0,8	0,0	0,8
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,2	0,0	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,1	0,1	0,0
CADES.....	0,2	0,2	0,0	FRR	0,1	0,1	-0,1
				Autres	2,4	0,3	2,0
				Régime général....	0,3	0,0	0,2
				Autres régimes	0,1	0,1	0,0
				CADES.....	2,0	0,2	1,8
Actif circulant	59,8	60,1	-0,3	Passif circulant	40,5	40,5	0,0

(En milliards d'euros)

Actif	2010	2009	Variation	Passif	2010	2009	Variation
Créances sur prestations	7,8	9,1	-1,3	Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	21,3	21,3	0,0
Créances et produits à recevoir (PAR) sur cotisations, contributions sociales, impôts ...	41,3	38,1	3,2	Dettes à l'égard des cotisants	1,4	1,0	0,4
Créances et PAR sur l'État et autres entités publiques	6,6	10,1	-3,5	Dettes et CAP à l'égard de l'État et autres entités publiques	7,6	7,2	0,4
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régularisation)	4,1	2,8	1,3	Autres passifs (créiteurs divers, comptes d'attente et de régularisation) dont soult des industries électriques et gazières.....	10,2	11,0	-0,8
Total de l'actif	117,1	115,3	1,8	Total du passif	117,1	115,3	1,8

③ Sur le champ de l'ensemble des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres, s'élevait à 87,1 milliards d'euros au 31 décembre 2010, soit l'équivalent de 4,5 points de produit intérieur brut (PIB) ou d'un peu plus de deux mois de prestations versées par ces mêmes organismes. Ce passif net a augmenté de 21 milliards d'euros par rapport à celui constaté au 31 décembre 2009 (66,3 milliards d'euros), en raison essentiellement du déficit des régimes et du FSV pour l'année 2010 (soit 29,6 milliards d'euros), minoré de l'amortissement de la dette portée par la CADES (5,1 milliards d'euros) et des recettes affectées au FRR (2,2 milliards d'euros) sur cette même année.

④ Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (50,7 milliards d'euros, dont les deux tiers environ par le FRR), du besoin en fonds de roulement (différence de 19,3 milliards d'euros entre les actifs et passifs circulants) ainsi que des immobilisations et provisions,

l'endettement financier s'élevait à 146,8 milliards d'euros au 31 décembre 2010 (contre 124,7 milliards d'euros au 31 décembre 2009).

- ⑤ L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.
- ⑥ II. – Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2010 et affectation des excédents observés sur ce même exercice
- ⑦ Les comptes du régime général ont été déficitaires de 23,9 milliards d'euros en 2010. La branche Maladie a ainsi enregistré un déficit de 11,6 milliards d'euros, la branche Accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,7 milliard d'euros, la branche Vieillesse un déficit de 8,9 milliards d'euros et la branche Famille un déficit de 2,7 milliards d'euros.
- ⑧ Pour faciliter le retour de la croissance qui constituait un objectif prioritaire, il avait été décidé dans le contexte exceptionnel de l'année 2010 de ne pas procéder durant cet exercice à des reprises de dette par la CADES. Aussi le Gouvernement avait-il pris les engagements nécessaires pour que le déficit global du régime général pour les exercices 2009 et 2010 puisse être financé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, avec l'appui de l'Agence France Trésor, au moyen de ressources non permanentes dans la limite des plafonds fixés par les lois de financement de la sécurité sociale.
- ⑨ Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert de ces déficits cumulés du régime général pour 2009 et 2010 (hors branche Accidents du travail) à la CADES. Conformément aux dispositions organiques, la caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.
- ⑩ 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 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.

- ⑪ Cependant, deux régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2010 des résultats déficitaires.
- ⑫ S'agissant d'une part de la branche Retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 1,3 milliard d'euros (contre 1,2 milliard d'euros en 2009) et a fait l'objet d'un financement bancaire dans le respect du plafond fixé par la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 à 3,5 milliards d'euros. La présente loi transfère à la CADES, grâce à la mobilisation des ressources supplémentaires dont celle-ci bénéficiera en application du plan de lutte contre les déficits publics, les déficits cumulés pour 2009 et 2010 de la branche Vieillesse du régime.
- ⑬ S'agissant d'autre part de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), il convient d'observer qu'elle a enregistré pour la première fois un déficit en 2010 (0,5 milliard d'euros). Compte tenu des réserves antérieures de la caisse, celui-ci a été pour l'essentiel autofinancé.
- ⑭ Enfin, quelques régimes présentent des résultats excédentaires, principalement la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (risque maladie), la Caisse nationale des industries électriques et gazières et le fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (environ 0,1 milliard d'euros chacun). Ces excédents sont affectés au report à nouveau des caisses.
- ⑮ Par ailleurs, le FSV a enregistré en 2010 un déficit de 4,1 milliards d'euros. Le fonds ne disposant pas de réserve, ce déficit est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif. Dans la mesure où le FSV n'est pas habilité par la loi de financement à emprunter, ce déficit a entraîné en 2010 une dette vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) qui a été financée *in fine* par les emprunts de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), dans les mêmes conditions que les déficits propres de la CNAV.
- ⑯ Comme pour le régime général, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 précitée a organisé le transfert à la CADES des déficits cumulés 2009 et 2010 du fonds.

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

① Hypothèses retenues dans la projection quadriennale

	<i>(En %)</i>			
	2012	2013	2014	2015
Produit intérieur brut en volume	1,0	2,0	2,0	2,0
Masse salariale privée	3,0	4,0	4,0	4,0
Inflation	1,7	1,75	1,75	1,75
Objectif national de dépenses d'assurance maladie en valeur.....	2,5	2,5	2,5	2,5

② La présente annexe décrit l'évolution des dépenses, des recettes et des soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) à l'horizon 2015, sur la base d'hypothèses macroéconomiques révisées compte tenu des développements récents de la crise économique et financière et de leurs conséquences sur l'environnement économique international. Ces projections intègrent également l'impact financier des mesures du plan de retour à l'équilibre des finances publiques annoncé le 7 novembre 2011 qui contribuent plus particulièrement au redressement des comptes de la sécurité sociale.

③ Les hypothèses retiennent un ralentissement en 2012 de la progression de la masse salariale privée, principale assiette des ressources de la sécurité sociale (3,0 %, contre 3,7 % en 2011). Pour les exercices 2013 à 2015, la masse salariale privée est supposée progresser de 4 % par an en valeur. Ces hypothèses traduisent la volonté de fonder la stratégie de redressement de la sécurité sociale, laquelle sous-tend les mesures présentées dans la présente loi, sur des projections financières sincères et prudentes :

- ④ – la progression révisée de la masse salariale pour 2012 incorpore l'intégralité de la correction à la baisse de l'hypothèse de croissance du produit intérieur brut (PIB), elle-même calée sur la moyenne des prévisions pour l'année à venir des instituts indépendants de conjoncture ;
- ⑤ – l'hypothèse de progression de 4,0 % à compter de 2013 reste inférieure au rythme annuel moyen de la masse salariale privée entre 1998 et 2007 (4,1 %), alors que l'éventualité d'un rattrapage partiel des points de croissance perdus entre 2008 et 2012 par rapport à la tendance historique ne peut être écartée.
- ⑥ La période quadriennale qui s'ouvre est marquée par des incertitudes sur l'environnement macroéconomique international, qui contraignent fortement les finances publiques des États. Dans le programme de stabilité transmis à la Commission européenne au premier semestre 2011, la France s'est engagée auprès de ses partenaires européens à respecter une trajectoire de redressement du solde des administrations publiques (de -5,7 % du PIB en 2011 à -4,5 % en 2012, -3,0 % en 2013 et -2,0 % en 2014) et ce quelle que soit la conjoncture économique. Tous les sous-secteurs des administrations publiques devront prendre part à cet effort, et notamment la sécurité sociale compte tenu de son poids dans l'ensemble des finances publiques, même si sa part dans le besoin de financement d'ensemble de la sphère publique reste limitée (moins d'un cinquième du besoin de financement des administrations publiques en 2010).
- ⑦ La trajectoire financière décrite dans la présente annexe confirme l'objectif d'une réduction très significative du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. En dépit de la révision en baisse des hypothèses macroéconomiques, la mise en œuvre du second plan de retour à l'équilibre des finances publiques permet de revenir en 2012 à un solde déficitaire de 13,8 milliards d'euros, ainsi que d'amplifier l'effort de redressement entre 2013 et 2015.
- ⑧ Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale devrait passer de 20,1 milliards d'euros en 2011 à 8,9 milliards d'euros en 2015, soit une diminution de plus de moitié. Pour le seul régime général, le redressement est encore plus significatif : -6,5 milliards d'euros en 2015, contre -18,0 milliards d'euros en 2011. La reprise des déficits de la branche vieillesse par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) étant d'ores et déjà financée jusqu'en 2018, durant la période de montée en charge de la réforme des retraites, seul le déficit du régime

général hors branche Vieillesse, qui ne sera plus que de 2 milliards d'euros pour l'exercice 2015, devra être remboursé par des excédents ultérieurs.

- ⑨ Le levier principal et la clé de la durabilité de ce redressement sont un effort continu de maîtrise des dépenses de la sécurité sociale. La projection quadriennale décrite dans la présente annexe retient l'hypothèse d'une progression annuelle moyenne des charges nettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 2,9 % en valeur entre 2011 et 2015, soit 1,15 % en volume. Maintenir à partir de 2013 la croissance des dépenses de la sécurité sociale à un rythme inférieur de près d'un point à celui de la richesse nationale constituera un résultat important au regard des pressions que le vieillissement de la population exercera sur la demande de prestations et services sociaux. Ce résultat sera obtenu au moyen d'un engagement résolu dans la recherche de l'efficacité de la fourniture de ces prestations et services.
- ⑩ En matière d'assurance maladie, en application du plan de retour à l'équilibre des finances publiques annoncé le 7 novembre 2011, la présente loi fixe un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en progression de 2,5 % en valeur par rapport à l'objectif 2011, qui sera lui-même respecté. La présente projection quadriennale repose également sur l'hypothèse de la reconduction de ce taux de progression de 2,5 % jusqu'en 2015, le Gouvernement s'étant engagé en outre à poursuivre une croissance des dépenses d'assurance maladie maîtrisée à ce rythme en 2016.
- ⑪ Compte tenu d'une évolution tendancielle, en l'absence de toute mesure, légèrement supérieure à 4 %, cela signifie un effort d'économie de plus de 2,5 milliards d'euros chaque année. Ces économies seront justement réparties entre efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville, baisse des coûts des médicaments par le développement des génériques et l'action sur les prix des produits, amélioration de l'efficacité hospitalière et convergence tarifaire : les mesures viseront prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins.
- ⑫ Le projet initial du Gouvernement comportait d'ores et déjà des engagements et des dispositions permettant de respecter une progression des dépenses sous ONDAM de 2,8 % par rapport à l'objectif pour 2011, ce qui exige un montant d'économies de 2,2 milliards d'euros. Celles-ci seront atteintes :
- ⑬ – par de nouvelles actions de maîtrise médicalisée, qui devront produire 550 millions d'euros d'économies ;

- ⑭ – par des ajustements tarifaires dans le domaine des produits de santé dans le cadre de la politique conventionnelle, pour un montant de 770 millions d’euros ;
- ⑮ – par des baisses de tarifs de certains actes médicaux, principalement en radiologie et en biologie, à hauteur de 170 millions d’euros ;
- ⑯ – par l’instauration d’un quatrième jour de carence en cas d’arrêt de travail pour maladie, pour un montant évalué à 200 millions d’euros ;
- ⑰ – enfin, dans le domaine hospitalier, par la poursuite de la convergence tarifaire, l’amélioration de la performance à l’hôpital et l’intensification des politiques de lutte contre la fraude, et une première diminution de la dotation des régimes d’assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, dont sont attendus 535 millions d’euros d’économies.
- ⑱ En outre, en application du III de l’article 8 de la loi n° 2010-1465 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, un montant de 545 millions d’euros sera mis en réserve en 2012.
- ⑲ Les mesures annoncées lors de la présentation du second plan de retour à l’équilibre des finances publiques amplifieront ces efforts. Les dépenses sous ONDAM seront en effet encore réduites de plus de 500 millions d’euros en 2012 :
 - ⑳ – 290 millions d’euros au titre d’économies sur les dépenses de médicaments ;
 - ㉑ – 90 millions d’euros au titre d’une révision des tarifs des actes de biologie et de radiologie ;
 - ㉒ – 15 millions d’euros au titre de l’ajustement supplémentaire à la baisse de la dotation des régimes d’assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (soit une baisse totale de la dotation de 100 millions d’euros par rapport au projet de loi de financement de la sécurité sociale déposé par le Gouvernement) ;
 - ㉓ – 20 millions d’euros sur les dépenses médico-sociales en faveur des personnes âgées.
- ㉔ Ces mesures supplémentaires permettront de contenir la progression des dépenses entrant dans le périmètre de l’ONDAM en-deçà de 2,5 %

en 2012. De 2013 à 2016, 500 millions d'euros d'économies additionnelles chaque année devront être dégagés afin de conserver un rythme de croissance de 2,5 % de l'ONDAM. Ces efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie trouveront une traduction tangible dans les comptes de la branche Maladie du régime général, dont le déficit reviendra de 11,6 milliards d'euros en 2010 à 5,9 milliards d'euros en 2012 – soit une division par deux en deux ans –, et à 0,9 milliard d'euros en 2015. La présente annexe décrit ainsi un sentier crédible de retour à un quasi-équilibre de la branche maladie dès le milieu de la présente décennie.

②⑤ On ne saurait trop souligner la performance réalisée par la France en matière de régulation des dépenses d'assurance maladie. Depuis le début de la précédente décennie, le rythme de croissance en valeur des dépenses d'assurance maladie est passé d'environ 7 % à moins de 3 %. Le montant cumulé des économies réalisées par rapport à une situation où les dépenses d'assurance maladie seraient restées sur leur trajectoire antérieure peut être évalué à 40 milliards d'euros entre 2002 et 2010. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), notre pays se situe au deuxième rang pour la modération de la croissance des dépenses publiques de santé depuis 2005. Avec une progression de 1,7 % en moyenne par an en volume au cours de cette période, nos dépenses d'assurance maladie augmentent sensiblement moins rapidement qu'en Allemagne (2,6 %) ou au Royaume-Uni (5,9 %). Mais, dans le même temps, la France reste, parmi les pays développés, l'un de ceux dans lequel la part des dépenses de santé financée par les administrations publiques est la plus élevée, dans lequel les patients disposent des libertés les plus larges de choix du médecin ou de mode de prise en charge, et qui présente les meilleurs résultats en matière d'état de santé de la population, tout particulièrement en ce qui concerne l'espérance de vie des femmes. Le dernier rapport de la commission des comptes de la santé montre que, pour la troisième année consécutive, le reste à charge des ménages diminue, pour s'établir à 9,4 % de la consommation des soins et biens médicaux. Cette part de reste à charge place la France en deuxième position, juste derrière les Pays-Bas.

②⑥ Dans le domaine des retraites, la réforme adoptée en 2010 a commencé à être mise en œuvre en 2011. Suite aux annonces du Premier ministre le 7 novembre 2011, la présente loi accélère la montée en charge de cette réforme : la deuxième étape du relèvement des âges de la retraite, au 1^{er} janvier 2012, portera à 60 ans et 9 mois pour la génération née en 1952 l'âge d'ouverture des droits et à 65 ans et 9 mois l'âge permettant l'application automatique du taux plein, soit un mois de plus que le

calendrier initialement fixé. Celui-ci est revu dans son ensemble afin d'atteindre dès 2017 et la génération 1955 les âges minimaux et « taux plein » de, respectivement, 62 et 67 ans. Au total, les dispositions de la réforme des retraites portant sur les dépenses produiront en 2012 une économie significative, de l'ordre de 1,4 milliard d'euros pour le régime général, sans compter l'impact des mesures de recettes prises en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 au bénéfice de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), ni les gains en ressources pour les régimes de sécurité sociale consécutifs au maintien en activité d'un nombre plus important de seniors. Si l'incidence de l'accélération de la mise en œuvre de la réforme restera limitée pour le régime général en 2012 (60 millions d'euros), elle sera sensiblement plus significative en 2015 (480 millions d'euros), contribuant au redressement de la branche Vieillesse.

⑰ À plus long terme, la réforme fixe l'objectif d'un retour à l'équilibre financier de l'ensemble du système de retraite à l'horizon 2018, sans dégrader le niveau élevé des pensions dont bénéficient les retraités, ni alourdir les prélèvements supportés par les actifs afin de préserver la quasi-parité de niveau de vie aujourd'hui observée entre actifs et retraités (le niveau de vie des retraités équivaut en moyenne à 96 % de celui des actifs en 2009). Aussi le levier privilégié est-il l'élévation de l'âge effectif de départ en retraite, au moyen de l'allongement de la durée d'assurance requise pour obtenir une pension à taux plein en fonction de l'évolution de l'espérance de vie et de l'élévation des âges légaux de la retraite. Ce levier est nécessaire pour atteindre l'objectif posé dans la réforme des retraites de 2003 d'un partage des gains d'espérance de vie à deux tiers en faveur de l'activité professionnelle et au tiers restant en faveur de la retraite. Au total, selon les évaluations disponibles, le relèvement des bornes d'âge devrait se traduire par un gain de 9,1 milliards d'euros à l'horizon 2018 pour la branche Vieillesse du régime général, soit près de la moitié de l'impact d'ensemble de la réforme.

⑱ Un effort ponctuel sera en outre demandé en 2012 aux bénéficiaires de prestations familiales et d'aides au logement, dont la revalorisation sera forfaitaire à hauteur de 1 %. Cette mesure réduira de près de 400 millions d'euros les dépenses relatives à ces dispositifs. Compte tenu par ailleurs de l'application, à compter de l'année 2012, au 1^{er} avril de la revalorisation des prestations familiales, l'impact de cette mesure sera un peu plus important en 2013 (près de 500 millions d'euros) puis restera stable ensuite. Le principe posé par la loi d'une revalorisation de ces prestations

par référence à l'évolution des prix à la consommation continuera de s'appliquer en 2013 et les années suivantes.

- 29) Enfin, les régimes de sécurité sociale et les fonds financés par eux devront réaliser des économies sur leurs propres budgets. Les économies nouvelles sur le fonctionnement et l'action sociale des régimes s'élèveront à, respectivement, 60 et 85 millions d'euros. Les dotations aux fonds seront en outre réduites de 75 millions d'euros. Au total, 220 millions d'euros seront ainsi économisés.
- 30) Le redressement des comptes de la sécurité sociale à l'horizon 2015 repose aussi sur un effort de remise à niveau des recettes. En effet, la perte de recettes pour le régime général liée à la conjoncture très défavorable que l'économie française a traversée entre 2008 et 2011 peut être estimée à 9 points de masse salariale du secteur privé, soit 18 milliards d'euros environ. Compte tenu de l'ampleur de cette ponction sur ces recettes, sans laquelle les régimes de sécurité sociale dans leur ensemble seraient excédentaires, le Gouvernement met en œuvre des actions qui permettent d'assurer un financement viable du haut niveau de protection sociale qui doit être garanti aux Français.
- 31) La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites participait déjà d'un tel objectif, avec un volet recettes important. Des recettes nouvelles ciblées sont apportées aux régimes de retraite et au FSV. Ainsi, les ménages imposés à la tranche la plus élevée du barème de l'impôt sur le revenu ont vu leur taux marginal augmenter d'un point. Par ailleurs, les prélèvements sur les *stock-options* et les retraites-chapeaux ont été relevés. Les revenus du capital sont également mis à contribution de façon spécifique (plus-values de cessions mobilières et immobilières, dividendes et intérêts). Concernant les entreprises, le gain de recettes induit par l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales bénéficie intégralement au FSV. Enfin, à plus long terme, les cotisations vieillesse au régime général seront augmentées entre 2015 et 2018, et compensées à due proportion par une diminution des cotisations d'assurance chômage, compte tenu de l'amélioration prévue de la situation financière de ce régime.
- 32) Outre les recettes associées à la réforme des retraites, les mesures nouvelles annoncées par le Premier ministre le 24 août 2011 dans le cadre d'un premier plan de lutte contre les déficits publics, et mises en œuvre dans la loi de finances rectificative pour 2011 et dans la loi de finances pour 2012 ainsi que dans la présente loi, permettront d'améliorer les

comptes des organismes de sécurité sociale de 6 milliards d'euros, dont environ 4 milliards d'euros au titre de la réduction des niches sociales. Parmi celles-ci, on peut citer : la réforme des abattements sur les plus-values immobilières, la hausse du forfait social portant sur les dispositifs tels que l'épargne salariale ou la retraite supplémentaire, l'élargissement de l'assiette de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale pour les revenus d'activité, la réintégration des heures supplémentaires dans le barème des allègements généraux de cotisations sociales suivant les recommandations du Conseil des prélèvements obligatoires, un plus juste assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités de rupture, dans la continuité du mouvement engagé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Ces mesures traduisent également la volonté de renforcer l'équité du prélèvement, en assurant notamment la contribution des plus hauts revenus *via* l'augmentation de 1,2 point des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Par ailleurs, dans le cadre d'une politique globale de santé publique visant à limiter les comportements à risque, les prix du tabac seront augmentés, la fiscalité sur les alcools forts rehaussée et une nouvelle taxe créée sur les boissons à sucre ajouté.

③ L'année 2012 verra ainsi le redressement des comptes de la sécurité sociale franchir une étape décisive. Cependant, l'effort de reconstitution des recettes se poursuivra au-delà de cette date, en retenant prioritairement les mesures permettant de réduire les niches sociales. Ces dispositifs, qui constituent des dérogations aux règles de droit commun d'assiette et de taux des principaux prélèvements sociaux, peuvent être justifiés au regard des incitations qu'ils permettent d'adresser aux agents économiques, comme dans le cas des allègements généraux sur les bas salaires qui visent à stimuler l'embauche de travailleurs faiblement qualifiés par les entreprises. Certains peuvent avoir un objectif d'équité ou de cohésion sociale qui justifient qu'ils soient maintenus. D'autres, en revanche, ne remplissent pas ou plus les objectifs économiques ou sociaux initiaux. S'appuyant sur ce constat, et dans le prolongement des mesures d'ores et déjà prises, le Gouvernement entend donc poursuivre au-delà de 2012 l'effort de neutralisation des niches sociales les moins efficaces. La présente projection quadriennale incorpore à ce titre un surcroît de recettes sociales au titre de la participation de la sécurité sociale à l'effort de réduction du déficit public nécessaire afin de respecter la trajectoire sur laquelle le Gouvernement s'est engagé.

④ Au total, les hypothèses retenues dans la construction de la projection quadriennale associée à la présente loi aboutissent à une progression annuelle

moyenne des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 3,6 % en valeur de 2011 à 2015. Pour le seul régime général, la dynamique des recettes serait encore plus forte : +4,0 % en moyenne. Avec un écart d'un point de croissance par an entre des recettes dynamiques grâce à des flux réguliers de mesures nouvelles et des dépenses maîtrisées dans la durée, la sécurité sociale se rapproche en 2015 de l'équilibre financier.

35 Avant cette échéance, il restera à financer les déficits qui apparaîtront et dont le transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) n'est pas organisé à ce stade. Les déficits de la CNAV et du FSV seront repris par la CADES pendant la période de montée en charge des effets de la réforme des retraites, jusqu'en 2018. Les branches Maladie et Famille resteront certes déficitaires jusqu'en 2015 et devront supporter des charges financières au titre de ces besoins de financement, mais leur déficit sera fortement réduit par rapport aux projections précédentes, et leur impact sur la trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) en 2012 sera donc fortement allégé. D'autres régimes autorisés à recourir à l'emprunt, tels que le régime de retraite des exploitants agricoles, seront confrontés à un défi identique. Cependant, à mesure que les comptes de la sécurité sociale se redresseront, il sera possible de dégager des ressources à affecter à la CADES pour, conformément aux dispositions organiques, couvrir de nouvelles reprises de déficits limitées. À cet égard, la présente loi prévoit la mobilisation des recettes nouvelles dont bénéficiera la CADES en application du plan de lutte contre les déficits publics (soit environ 220 millions d'euros) au bénéfice de l'amortissement du déficit cumulé pour 2009 et 2010 de la branche Vieillesse du régime des exploitants agricoles, et ce dans le respect de la date prévisionnelle de fin de vie de la caisse estimée à 2025.

36

Régime général

37

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes.....	138,8	141,8	147,9	155,7	161,4	167,7	174,2
Dépenses.....	149,3	153,4	157,4	161,6	165,9	170,6	175,2
Solde	-10,6	-11,6	-9,5	-5,9	-4,5	-2,9	-0,9
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes.....	10,4	10,5	11,6	12,0	12,3	12,8	13,3
Dépenses.....	11,1	11,2	11,6	11,9	12,2	12,5	12,8
Solde	-0,7	-0,7	0,0	0,0	0,1	0,3	0,5

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Famille							
Recettes.....	56,1	50,2	52,4	53,9	55,3	57,0	58,7
Dépenses.....	57,9	52,9	55,0	56,0	57,5	58,9	60,3
Solde	-1,8	-2,7	-2,6	-2,0	-2,2	-1,9	-1,5
Vieillesse							
Recettes.....	91,4	93,4	100,6	104,7	109,0	113,7	119,1
Dépenses.....	98,7	102,3	106,6	110,6	115,0	119,1	123,6
Solde	-7,2	-8,9	-6	-5,9	-6,0	-5,4	-4,5
Toutes branches consolidé							
Recettes.....	288,7	287,5	303,3	316,7	328,2	341,0	355,0
Dépenses.....	309,1	311,5	321,3	330,5	340,8	351,0	361,5
Solde	-20,3	-23,9	-18,0	-13,8	-12,6	-10,0	-6,5

38

Ensemble des régimes obligatoires de base

39

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes.....	162,0	165,2	171,8	180,4	186,4	193,2	200,3
Dépenses.....	172,4	176,5	181,3	186,2	190,8	196,0	201,0
Solde	-10,4	-11,4	-9,5	-5,8	-4,4	-2,7	-0,7
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes.....	11,8	11,9	13,0	13,4	13,7	14,2	14,8
Dépenses.....	12,4	12,6	12,9	13,3	13,6	13,9	14,2
Solde	-0,6	-0,7	0,1	0,1	0,1	0,3	0,6
Famille							
Recettes.....	56,6	50,8	52,9	54,4	55,8	57,5	59,3
Dépenses.....	58,4	53,5	55,5	56,5	57,9	59,4	60,8
Solde	-1,8	-2,7	-2,6	-2,0	-2,2	-1,9	-1,5
Vieillesse							
Recettes.....	179,4	183,3	194,5	202,6	209,1	216,0	223,3
Dépenses.....	188,3	194,1	202,6	210,4	217,5	224,0	230,5
Solde	-8,9	-10,8	-8,1	-7,8	-8,3	-8,0	-7,2
Toutes branches consolidé							
Recettes.....	401,2	402,0	422,0	440,2	454,5	470,1	486,6
Dépenses.....	422,9	427,5	442,2	455,8	469,3	482,4	495,5
Solde	-21,7	-25,5	-20,1	-15,6	-14,8	-12,3	-8,9

④

Fonds de solidarité vieillesse

④

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes.....	10,0	9,8	13,8	14,206	14,7	15,2	15,7
Dépenses.....	13,2	13,8	17,5	18,3	18,4	18,6	18,8
Solde	-3,2	-4,1	-3,8	-4,1	-3,8	-3,4	-3,1

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

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

② Exercice 2012

③

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ Maladies profession- nelles	Régimes de base
Cotisations effectives.....	82,2	110,5	35,3	12,3	240,2
Cotisations prises en charge par l'État.....	1,4	1,3	0,5	0,0	3,3
Cotisations fictives d'employeur.....	0,9	36,6	0,1	0,3	38,0
Contribution sociale généralisée.....	63,0	0,1	9,5	0,0	72,5
Impôts et taxes.....	27,8	17,7	8,0	0,3	53,8
Transferts.....	2,4	35,4	0,3	0,1	27,7
Produits financiers.....	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2
Autres produits.....	2,7	0,8	0,6	0,4	4,5
Recettes.....	180,4	202,6	54,4	13,4	440,2

④ 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).

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

⑥ Exercice 2012

⑦

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ Maladies professionnelles	Régime général
Cotisations effectives.....	73,8	67,3	35,0	11,4	187,5
Cotisations prises en charge par l'État.....	1,1	0,9	0,5	0,0	2,5
Cotisations fictives d'employeur.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée.....	54,6	0,0	9,6	0,0	64,2
Impôts et taxes.....	21,3	11,1	7,9	0,2	40,5
Transferts.....	2,6	25,2	0,3	0,0	18,5
Produits financiers.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits.....	2,4	0,2	0,6	0,3	3,5
Recettes.....	155,7	104,7	53,9	12,0	316,7

⑧ 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).

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

⑩ Exercice 2012

⑪

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Contribution sociale généralisée.....	10,0
Impôts et taxes.....	4,2
Produits financiers.....	0,0
Total.....	14,2