



N° 1564

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 novembre 2013.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE  
PROJET DE LOI, REJETÉ PAR LE SÉNAT, de **financement de la sécurité  
sociale pour 2014**

### RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. GÉRARD BAPT, Député.

### ASSURANCE MALADIE

PAR M. CHRISTIAN PAUL, Député.

### MÉDICO-SOCIAL

PAR MME MARTINE PINVILLE, Députée.

### ASSURANCE VIEILLESSE

PAR M. MICHEL ISSINDOU, Député.

### ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES

PAR M. LAURENT MARCANGELI, Député.

### FAMILLE

PAR MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU, Députée.

---

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : 1<sup>ère</sup> lecture : 1412, 1462, 1470 et T.A. 224.

*Commission mixte paritaire* : 1557.

*Nouvelle lecture* : 1552.

*Sénat* : 1<sup>ère</sup> lecture : 117, 126, 127 et T. 30 (2013-2014).

*Commission mixte paritaire* : 151 (2013-2014).



## SOMMAIRE

---

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	11
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION : EXAMEN DES ARTICLES</b> .....	13
<b>PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2012</b> .....	13
<i>Article 1<sup>er</sup></i> Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2012.....	13
<i>Article 2</i> Approbation du rapport annexé sur la couverture des déficits de l'exercice 2012 et le tableau patrimonial (annexe A) .....	13
<b>DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013</b> .....	14
<i>Article 3</i> Mobilisation des excédents du fonds pour l'emploi hospitalier.....	14
<i>Article 4</i> Contribution des organismes complémentaires au financement du forfait « médecin traitant » .....	14
<i>Article 5</i> (art. 73 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013) : Rectification du montant des dotations au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) .....	16
<i>Article 6</i> Rectification des prévisions et objectifs relatifs à l'exercice 2013.....	16
<i>Article 7</i> Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2013 .....	16
<b>TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2014</b> .....	17
<i>Section 1 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement</i> .....	17
<i>Article 8</i> (art. L. 136-7, L. 138-21 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale ; art. L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles ; art. 1600-0 S et 1678 quater du code général des impôts ; ordonnance n° 96-50 du	

24 janvier 1996 ; ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996) : Refonte des prélèvements sociaux sur les produits de placement.....	17
<i>Article 9</i> (art. 731-14 et L. 731-17 du code rural et de la pêche maritime, art. 136-7 du code de la sécurité sociale) : Financement des mesures prises en matière de retraites complémentaires agricoles.....	26
<i>Article 10</i> (art. L. 613-1 et L. 633-10 du code de la sécurité sociale) : Création d'une cotisation dé plafonnée d'assurance vieillesse de base pour le Régime social des indépendants .....	28
<i>Article 11</i> (art. L-161-45, L. 165-11, L. 241-2, L. 245-1 et L. 245-5-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 5123-5 et L. 5123-5-1 du code de la santé publique, art. 1635 bis AF à 1635 bis AH [nouveaux] du code général des impôts et art. L. 166 D du livre des procédures fiscales) : Réforme des modalités de financement de la Haute Autorité de Santé .....	30
<i>Article 12</i> (art. L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale) : Fusion de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires et de la taxe sur les premières ventes de médicaments.....	30
<i>Article 12 bis</i> (art. L. 138-2 du code de sécurité sociale) Création d'une troisième tranche de la taxe sur le chiffre d'affaires de la vente en gros.....	33
<i>Article 12 ter</i> (art. L. 912-1, L. 137-15 et L. 137-16 du code de la sécurité sociale) Recommandation d'un ou plusieurs organismes de prévoyance par les branches professionnelles .....	36
<i>Article 13</i> Fixation du taux K .....	40
<i>Article 14</i> (art. 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996) : Intégration des déficits de la CNAMTS et de la CNAF dans le champ des reprises de la CADES .....	40
<i>Article 15</i> (art. L. 131-8, L. 135-3, L. 136-8, L. 137-13, L. 137-14, L. 137-16, L. 137-18, L. 137-19, L. 137-24, L. 139-1, L. 241-2, L. 241-6 et L. 245-16 du code de la sécurité sociale, art. L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, lois n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 et n° 2012-1404 du 17 décembre 2012) : Mesures de transferts de recettes .....	41
<i>Article 15 bis</i> (art. 520 B [nouveau] du code général des impôts) Mise en place d'une taxe spécifique sur les boissons énergisantes.....	44
<i>Article 15 ter</i> (art. 1001 du code général des impôts et art. L. 3332-2-1 du code général des collectivités territoriales) Majoration du taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) applicable aux contrats complémentaires santé dits « non responsables » .....	45
<i>Article 16</i> (art. L. 6243-3 du code du travail et art. L. 120-26 et L. 120-28 du code du service national) : Reconfiguration des exonérations en faveur de l'apprentissage, des contrats de service civique et des chantiers d'insertion.....	47
<i>Article 17</i> Approbation du montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale .....	47

<i>Section 2 : Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre</i> .....	48
<i>Article 18</i> Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2014.....	48
<i>Article 19</i> Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2014.....	48
<i>Article 20</i> Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV), détermination de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes du FRR et de la section 2 du FSV pour 2014.....	48
<i>Article 21</i> Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B).....	49
<i>Section 3 : Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité</i> .....	50
<i>Article 22</i> (art. L. 131-6-2 et L. 722-4 du code de la sécurité sociale) : Simplifications du mode de calcul des cotisations dues par les travailleurs indépendants .....	50
<i>Article 23</i> (art. L. 133-5-5 [nouveau], L. 133-6-7-2 [nouveau], L. 133-8, L. 241-10, L. 243-1-2, L. 612-10, L. 623-1 et L. 722-5 du code de la sécurité sociale, art. L. 1221-121, L. 1271-3, L. 1271-4, L. 1522-1 et L. 1522-4 du code du travail, art. 725-22 du code rural et de la pêche maritime) : Promotion de la déclaration sociale nominative, du chèque emploi service universel dans les DOM et de la dématérialisation.....	50
<i>Article 23 bis</i> (art. L. 162-17-2-1, L. 162-17-4, L. 162-17-4-1, L. 162-17-7, L. 162-17-8, L. 165-1-2, L. 165-3, L. 165-5, L. 165-8-1 et L. 165-13 du code de la sécurité sociale) Compétence des URSSAF pour le recouvrement contentieux des pénalités financières relatives aux produits de santé remboursables.....	51
<i>Article 24</i> Affectation à la Caisse nationale d'assurance maladie des excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières.....	52
<i>Article 25</i> (art. 38 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012) : Reconduction pour la période 2014-2017 de l'avance consentie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.....	53
<i>Article 26</i> Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt .....	53
<b>QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2014</b> .....	54
<i>Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</i> .....	54
<i>Article 27 A</i> Instauration d'un cadre général d'expérimentation des parcours de soins.....	54

<i>Article 27</i> (art. 44 de la loi n° 2007-1786 et art. L-162-14-2 du code de la sécurité sociale) : Rémunération de l'exercice pluriprofessionnel.....	55
<i>Article 27 bis</i> Instauration d'un principe d'équité de rémunération entre les centres de santé et les professionnels de santé libéraux.....	56
<i>Article 28</i> (art. L. 4011-1-1, L. 4011-1-2 [nouveaux] et L. 4011-2 du code de la santé publique et art. L. 161-37 du code de la sécurité sociale) : Réforme du cadre d'autorisation des coopérations entre professionnels de santé .....	57
<i>Article 29</i> Expérimentation de financement d'actes de télémédecine.....	58
<i>Article 29 bis</i> Rapport annuel sur l'accès aux soins.....	58
<i>Article 30</i> (art. L. 722-6 et L. 722-8-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Amélioration de la protection sociale des professionnelles de santé en cas d'arrêt maladie lié à la grossesse .....	59
<i>Article 31</i> (art. L. 322-5-5) : Régulation et expérimentation de nouveaux modes d'organisation du transport des patients .....	59
<i>Article 32</i> (art. L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 1433-1 du code de la santé publique et art 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986) : Suppression du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.....	60
<i>Article 33</i> (art. L. 162-22-8-1 [nouveau], L. 162-26-1, L. 162-22-9-2 [nouveau] et L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale) : Réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé .....	60
<i>Article 33 bis</i> (art. L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale) Élargissement du dispositif de mise sous accord préalable des soins de suite et de réadaptation .....	63
<i>Article 34</i> Expérimentation de la tarification au parcours pour l'insuffisance rénale chronique et le traitement du cancer par radiothérapie.....	64
<i>Article 35</i> (art. L. 174-1-2 [nouveau] et art. L. 1435-9 du code de la santé publique) : Fongibilité entre sous-objectifs de l'ONDAM .....	64
<i>Article 36</i> (art. L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 174-2, L. 174-12, L. 174-15-1, L. 175-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale et article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) : Modalités de répartition des charges hospitalières entre régimes d'assurance maladie et report de la facturation individuelle des établissements de santé.....	65
<i>Article 37</i> Expérimentation de la délivrance des médicaments à l'unité.....	66
<i>Article 38</i> (art. L. 5125-23-2 [nouveau], L. 5121-1, L. 521-10-2, L. 5121-20 du code de la santé publique et L. 162-16 du code de la sécurité sociale) : Promotion des médicaments biologiques similaires .....	67
<i>Article 39</i> (art. L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Prise en charge des médicaments ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).....	71

<i>Article 40</i> (art. L. 138-9 et L. 138-9-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Déclaration des remises sur les médicaments génériques consenties aux pharmaciens par les laboratoires pharmaceutiques .....	73
<i>Article 40 bis</i> (art. L. 162-16-1-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Modalités d'application de la convention pharmaceutique aux pharmacies mutualistes et minières .....	74
<i>Article 41</i> (art. L. 162-22-7 et L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale, art. L. 5123-2 du code de la santé publique) : Création d'un instrument unique de régulation des dépenses sur la liste en sus .....	75
<i>Article 42</i> (art. L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Simplification des règles de tarification des actes innovants associés à des produits de santé.....	76
<i>Article 42 bis</i> Rapport sur l'affectation de l'élargissement de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments .....	76
<i>Article 43</i> (art. L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale) : Renforcement de l'aide au sevrage tabagique à destination des jeunes .....	76
<i>Article 44</i> (art. L. 162-4-5 [nouveau] et L. 162-8-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Tiers payant sur les consultations et examens préalables à la contraception chez les mineures d'au moins 15 ans .....	77
<i>Article 45</i> (art. L. 861-1, L. 863-6, L. 863-7 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale) : Réforme de la protection complémentaire d'assurance maladie.....	78
<i>Article 45 bis</i> (art. L. 165-6 du code de la sécurité sociale) Panier de soins pour les bénéficiaires de l'ACS .....	81
<i>Article 45 ter</i> (art. L. 863-3 du code de la sécurité sociale) Automaticité du renouvellement des droits à l'ACS des retraités modestes .....	81
<i>Article 46</i> (art. L. 613-8 du code de la sécurité sociale ; L. 732-4, L.732-8-1 [nouveau], L. 732-15, L. 752-24 et L. 762-13-1 du code rural et de la pêche maritime) : Simplification de la législation relative aux indemnités journalières pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles .....	82
<i>Article 46 bis</i> Rapport sur l'ouverture des droits aux indemnités journalières .....	83
<i>Article 46 ter</i> Rapport sur l'ouverture des droits aux indemnités journalières.....	83
<i>Article 47</i> (art. L 14-10-5, L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles et art. L. 1431-2 du code de la santé publique) : Financement du plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social pour 2014 et mesure de déconcentration .....	83
<i>Article 47 bis</i> (art. 67 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale) Arrêt de l'expérimentation sur la tarification en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes .....	84

<i>Article 48</i> (art. L. 1432-6 du code de la santé publique) : Dotations annuelles des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics ; simplification des modalités de fixation de la dotation des agences régionales de santé.....	84
<i>Article 49</i> Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès .....	85
<i>Article 50</i> Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2014 et de sa ventilation.....	85
<i>Article 50 bis</i> (art. L. 162-39 et L. 162-40 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Fixation d'un prix limite de facturation par orientation thérapeutique pour les tarifs thermaux .....	85
<i>Article 50 ter</i> Rapport sur la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire.....	86
<i>Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse</i> .....	86
<i>Article 51</i> Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2014.....	86
<i>Section 3 : Dispositions relatives aux dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles</i> .....	86
<i>Article 52</i> Fixation des montants des dépenses de transfert instituées par des dispositions légales à la charge de la branche AT-MP.....	86
<i>Article 53</i> (article L. 412-8 du code de la sécurité sociale) : Extension aux marins des droits attachés à la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur.....	88
<i>Article 53 bis</i> (article L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime) Alignement du taux d'incapacité permanente requis dans le régime agricole pour bénéficier de la prestation complémentaire d'aide à une tierce personne sur celui du régime général.....	88
<i>Article 54</i> Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2014 .....	88
<i>Section 4 : Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille</i> .....	89
<i>Article 55</i> (art. L. 522-3 et L. 7555-16-1 du code de la sécurité sociale) : Majoration du complément familial pour les familles sous le seuil de pauvreté..	89
<i>Article 56</i> (art. L. 531-2 et -3 du code de la sécurité sociale) : Amélioration de la prise en compte du revenu des familles bénéficiaires de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant.....	89
<i>Article 57</i> (art. L. 531-4 du code de la sécurité sociale) : Suppression de la majoration du complément libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant et simplification des conditions d'attribution aux non-salariés .....	91

<i>Article 58</i> (art. L. 531-5 et -6 du code de la sécurité sociale) : Simplification des modalités d'attribution du complément de mode de garde (CMG) de la prestation d'accueil du jeune enfant et plafonnement des tarifs des micro-crèches éligibles au CMG-structure.....	92
<i>Article 59</i> Paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale pour 2014 .....	92
<i>Article 60</i> Objectif de dépenses de la branche famille pour l'année 2014.....	93
<i>Section 5 : Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires</i> .....	94
<i>Article 61</i> (art. L. 135-2 du code de la sécurité sociale) : Fixation du transfert du fonds de solidarité vieillesse au titre du financement du minimum contributif pour 2014 .....	94
<i>Article 62</i> Prévision des charges du Fonds de solidarité vieillesse .....	94
<i>Section 6 : Dispositions relatives à la gestion des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude</i> .....	95
<i>Article 63</i> (art. L. 221-1 et L. 767-1 du code de la sécurité sociale) : Recouvrement des dettes et créances européennes et internationales .....	95
<i>Article 64</i> (art. L. 222-14, L. 723-43, L. 725-1, L. 725-1, L. 725-4, L. 725-7, L. 725-8, L. 725-12, L. 725-23, L. 725-25, L. 726-2, L. 726-3, L. 731-10, L. 731-30, L. 731-31 à L. 731-34, L. 731-35-1, L. 732-6-1, L. 732-7, L. 752-4, L. 752-12, L. 752-13, L. 752-14, L. 752-15, L. 752-17, L. 752-20, L. 752-23, L. 752-25, L. 752-26, L. 752-29, L. 762-15 et L. 762-25 du code rural et de la pêche maritime) : Unification de la gestion des prestations maladie et accidents du travail des exploitants agricoles .....	96
<i>Article 65</i> (art. L. 8222-6 du code du travail et art. L. 243-15 du code de la sécurité sociale) : Exemplarité des donneurs d'ordre publics .....	96
<i>Article 66</i> (art. L. 751-37 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale) : Renforcement des compétences des caisses du régime agricole en matière de fraude aux AT-MP et de travail dissimulé .....	97
<i>Article 67</i> (art. L. 351-2-1 du code de la construction et de l'habitation, art. L. 542-2 et L. 831-1 du Code de la sécurité sociale) : Perception frauduleuse d'aides au logement via des sociétés écrans .....	97
<i>Article 68</i> (art. L. 312-2 et 441-6 du code pénal, art. L. 114-13, L. 162-36, L. 382-29, L. 481-2, L. 593-3, L. 623-1, L. 821-5 et L. 831-7 du code de la sécurité sociale, art. L. 351-12 et L. 351-13 du code de la construction et de l'habitation, art. L. 751-40 et L. 752-28 du code rural et de la pêche maritime, art. L. 232-27 et L. 262-50 du code de l'action sociale et des familles, art. L. 5124-1, L. 5429-1, L. 5413-1 et L. 5429-3 du code du travail) : Harmonisation des sanctions en matière de fraude aux prestations sociales.....	99
<b>TABLEAU COMPARATIF</b> .....	101
<b>ANNEXE : RAPPORTS ANNEXES AU PROJET DE LOI</b> .....	191



## INTRODUCTION

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 29 octobre 2013. Le projet initial comportait 68 articles ; le texte transmis au Sénat le 5 novembre dernier en comptait 87.

Le 14 novembre, le projet de loi a été rejeté par le Sénat, en conséquence du rejet par la Haute assemblée de la troisième partie du projet de loi, relative aux recettes et à l'équilibre général pour 2014, ce qui a empêché la mise en discussion de la quatrième partie, relative aux dépenses pour 2014, conformément aux dispositions du dernier alinéa du I de l'article L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale.

En raison de l'échec de la commission mixte paritaire qui s'est réunie au Sénat le 18 novembre, l'Assemblée nationale se trouve saisie, en nouvelle lecture, du projet de loi dans le texte qu'elle a adopté en première lecture.



## TRAVAUX DE LA COMMISSION : EXAMEN DES ARTICLES

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

#### *Article 1<sup>er</sup>*

#### **Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2012**

Conformément aux dispositions organiques, le présent article tend à approuver les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) constatées lors de cet exercice ainsi que les montants correspondants aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l'amortissement de leur dette, c'est-à-dire les recettes affectées respectivement au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ainsi que le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 1<sup>er</sup> sans modification.*

#### *Article 2*

#### **Approbation du rapport annexé sur la couverture des déficits de l'exercice 2012 et le tableau patrimonial (annexe A)**

En application des dispositions organiques applicables aux lois de financement de la sécurité sociale, le présent article porte approbation du rapport figurant à l'annexe A qui, d'une part, décrit les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés au titre de l'exercice 2012 et d'autre part, présente un tableau 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.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 2 sans modification.*

*Puis elle adopte la première partie du projet de loi.*

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

### *Article 3*

#### **Mobilisation des excédents du fonds pour l'emploi hospitalier**

Le présent article permet le prélèvement de 200 millions d'euros sur les réserves du fonds pour l'emploi hospitalier au profit de la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, deux organismes gérés par la Caisse des dépôts et consignations.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 3 sans modification.*

### *Article 4*

#### **Contribution des organismes complémentaires au financement du forfait « médecin traitant »**

Le présent article vise à fixer les modalités de contribution des organismes de protection complémentaires au financement du forfait « médecin traitant ».

L'article 7 de l'arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 dispose que « *les organismes complémentaires souhaitent participer à ce développement des nouveaux modes de rémunération en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 millions d'euros, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants.* » Cet article permet de décliner cet engagement dans la loi.

En première lecture, cet article n'a pas été modifié par l'Assemblée nationale.

\*

*La Commission examine l'amendement ASI30 de Mme Dominique Orliac, tendant à la suppression de l'article.*

**M. Jean-Noël Carpentier.** En revalorisant des tarifs opposables, les complémentaires santé s'engagent dans la maîtrise des dépassements d'honoraires.

L'Union nationale des organismes complémentaires de l'assurance maladie (UNOCAM) a signé, le 25 octobre 2012, un avenant – dit avenant n° 8 – à la convention nationale qui organise les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie ; dans ce cadre, les complémentaires ont abondé à hauteur de 150 millions d'euros le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire.

Or les modalités de financement du dispositif prévu à l'article 4 du PLFSS dénaturent les engagements pris. En effet, ce dispositif s'apparente à une taxe, contrairement à l'idée d'origine d'un financement d'une prestation de soins. Cela méconnaît fondamentalement le sens de l'engagement pris par l'UNOCAM au moment de la signature de l'avenant n° 8. Pour ces raisons, nous demandons la suppression de l'article 4, la négociation conventionnelle indispensable devant aboutir dans un délai fixé par la loi.

**M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie.** Avis défavorable. L'article 4 traduit l'engagement des complémentaires santé en faveur du renforcement de la médecine de premier recours ; dans la mesure où le tiers payant n'est pas encore appliqué, il demeure impossible de prévoir le versement direct des organismes complémentaires aux professionnels de santé pour cette participation au forfait du médecin traitant. C'est pourquoi cette contribution prendra la forme d'un remboursement des sommes avancées par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

**M. Jean-Pierre Door.** Nous voterons cet amendement, car nous soutenons la contractualisation des relations entre le corps médical et les caisses d'assurance maladie. Des négociations conventionnelles débiteront dans quelques mois et il est donc impératif de conserver en l'état l'avenant n° 8.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle adopte ensuite, successivement, les amendements rédactionnels AS92 et AS93 de M. Christian Paul, rapporteur.*

*Puis elle adopte l'article 4 modifié.*

*Article 5*

(art. 73 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012  
de financement de la sécurité sociale pour 2013)

**Rectification du montant des dotations au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)**

Le présent article rectifie les dotations de l'assurance maladie au FMESPP, à l'ONIAM et à l'EPRUS fixées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 5 sans modification.*

*Article 6*

**Rectification des prévisions et objectifs relatifs à l'exercice 2013**

Conformément aux dispositions organiques, le présent article propose de rectifier, par branche, les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses, et les tableaux d'équilibre pour 2013, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Il arrête par ailleurs l'objectif assigné aux organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et les prévisions de recettes affectées aux fins de mise en réserve à leur profit. Il s'agit respectivement de l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), des prévisions de recettes du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), et des prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant deux modifications rédactionnelles.

\*

*La Commission adopte l'article 6 sans modification.*

*Article 7*

**Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2013**

Le présent article rectifie le montant et la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2013, en fonction des

prévisions de dépenses réactualisées au vu des réalisations des premiers mois de l'année. Il est ainsi prévu que l'ONDAM soit respecté cette année, avec une dépense globale estimée à 174,9 milliards d'euros, équivalant à une augmentation de 2,8 % par rapport à 2012.

En première lecture, l'Assemblée nationale a simplement adopté un amendement rédactionnel à cet article.

\*

*La Commission adopte l'article 7 sans modification.*

*Puis elle adopte la deuxième partie du projet de loi.*

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

#### *Section 1*

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

##### *Article 8*

(art. L. 136-7, L. 138-21 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale ; art. L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles ; art. 1600-0 S et 1678 quater du code général des impôts ; ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 ; ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996)

##### **Refonte des prélèvements sociaux sur les produits de placement**

Le présent article entend répondre au problème de l'assujettissement hétérogène aux prélèvements sociaux des produits de placement, selon qu'ils sont ou non par ailleurs soumis à l'impôt sur le revenu, et selon qu'ils font l'objet d'un prélèvement « au fil de l'eau » ou « à la sortie ». Il supprime donc le principe de des « taux historiques » pour le calcul des prélèvements sociaux applicables aux produits de placement exonérés d'impôt sur le revenu. Il s'agit principalement :

– des primes versées sur les **comptes d'épargne logement (CEL)** et les **plans d'épargne logement (PEL)**, ainsi que des intérêts acquis sur les PEL ouverts avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011 à compter du dixième anniversaire du plan ou à sa clôture si celle-ci est antérieure ;

– des produits des primes versées avant le 26 septembre 1997 sur des **contrats d'assurance-vie en unités de compte**, ainsi que des intérêts inscrits avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011 sur un **compartiment en euros de contrat d'assurance-vie multi-support** relatifs à des primes versées avant le 26 septembre 1997 ;

– des produits des **plans d'épargne en actions (PEA)** de plus de cinq ans ;

– des revenus de l'**épargne salariale** (PEE, PEI, PERCO) ;

– ainsi que des produits des **plans d'épargne populaire** (PEP).

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté 6 amendements sur cet article.

Elle a adopté quatre amendements du Gouvernement :

– le premier, destiné à tenir compte de la situation particulière des contrats d'assurance-vie multi-supports, s'agissant des règles de restitution en cas de trop versés pour les contrats qui ont déjà fait l'objet de prélèvements au fil de l'eau sur leur compartiment en euros ;

– le deuxième pour globaliser le paiement des prélèvements sociaux par les établissements payeurs, qui n'auront donc plus besoin, comme aujourd'hui, de faire la distinction entre les cinq différents prélèvements dès lors que l'article les aligne sur la même assiette ;

– le troisième pour aligner la date de versement de l'acompte d'impôt sur le revenu dû sur les intérêts des PEL de plus de douze ans sur la date unique d'acompte des prélèvements sociaux, afin d'harmoniser la gestion des prélèvements ;

– le dernier qui met en place un régime transitoire destiné à permettre aux établissements payeurs, chargés d'assurer le prélèvement à la source, de s'adapter aux nouvelles règles : d'ici le 30 avril 2014, les établissements payeurs continueront d'appliquer les règles actuelles de prélèvement. Celui-ci, considéré comme un acompte, aura vocation à faire l'objet d'une régularisation par voie de rôle en 2015, avec l'application des nouvelles règles.

Elle a également adopté deux amendements rédactionnels à l'initiative du rapporteur Gérard Bapt.

\*

*La Commission examine les amendements AS20 de M. Francis Vercamer et AS22 de M. Jean-Pierre Door, tendant à la suppression de l'article.*

**M. Francis Vercamer.** L'article 8 s'est trouvé au centre de vifs échanges lors de la première lecture, car il vise à taxer l'épargne des Français, en particulier leur épargne logement. Le Gouvernement avait justifié cette politique par la nécessité de combler le déficit de la sécurité sociale, mais le groupe UDI a refusé que l'équilibre comptable soit acquis au détriment des plus modestes. D'où les amendements de suppression qu'il a défendus, d'autant plus justifiés que la disposition avait un caractère rétroactif.

Entre les deux lectures du PLFSS, le Gouvernement a fait volte-face et a décidé de ne plus taxer l'épargne logement. C'est en fait l'ensemble des dispositions contenues dans cet article qu'il faut abandonner, d'où, à nouveau, cet amendement de suppression. Notre demande est d'autant plus légitime que le Premier ministre vient de déclarer qu'il était nécessaire de revoir en totalité notre fiscalité : dès lors, à quoi servirait de voter des dispositions sur lesquelles le Gouvernement reviendra peut-être dans quelque temps, comme il l'a fait pour certaines après la première lecture de ce PLFSS ?

**Mme Bérengère Poletti.** À peine avons-nous discuté – longuement – de cet article en première lecture que la majorité a opéré un retournement, annoncé par son rapporteur, probablement mû par le mécontentement de ses électeurs, las de la multiplication des taxes et impôts ! Peut-être avons-nous aussi réussi à vous convaincre... Toujours est-il que vous avez renoncé à imposer les plans d'épargne logement (PEL) et les plans d'épargne en actions (PEA). Il vous reste maintenant à revenir aussi sur la taxation de l'assurance-vie, pour préserver l'épargne des Français : cela s'impose encore plus s'il est vrai que nous nous trouvons à l'aube d'un grand soir fiscal.

**M. Jean-Pierre Door.** L'Assemblée nationale a adopté un PLFSS entièrement faux, puisque le Gouvernement a annoncé qu'il retirait cet article 8 en attendant de le représenter. De fait, il dépose aujourd'hui dix amendements qui aboutissent à un article tout à fait différent ! Nous avons été confrontés à une falsification de ce projet !

**M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.** Avis défavorable, bien sûr. Monsieur Door, le PLFSS voté en première lecture à l'Assemblée nationale ne comportait aucune falsification et le solde des comptes était sincère. Ce solde ne sera modifié que dans un deuxième temps, du fait des changements introduits par le Gouvernement à l'article 8, à moins que des mesures d'économie ne viennent compenser la perte de recettes qui résultera de ces amendements.

Ce n'est pas la première fois qu'on recourt à ce que le président de l'UMP, M. Jean-François Copé, a nommé la coproduction législative ; souffrez, mesdames et messieurs de l'opposition, que la majorité actuelle utilise également cette méthode. Vous ne pourrez d'ailleurs juger de la sincérité de ce PLFSS que lorsqu'il sera définitivement voté et validé par le Conseil constitutionnel. D'autre part, je constate que vous proposez de supprimer des recettes sans jamais avancer de mesures de substitution qui nous permettraient de tenir nos engagements européens – y compris ceux que vous avez pris vous-mêmes !

**M. Jean-Marc Germain.** Le travail des députés consiste à examiner et à amender les textes qui leur sont soumis : nous avons eu avec le Gouvernement un débat sur cet article, débat dont l'enjeu n'était somme toute que de 200 millions d'euros sur un budget de 500 milliards. Je trouve cela plutôt de bonne politique et je pense qu'il faut se réjouir que le Gouvernement nous ait entendus.

Monsieur Door, l'Assemblée nationale a voté un budget de la sécurité sociale équilibré et cohérent, dans un climat de transparence totale, le Gouvernement nous ayant fourni toutes les informations dont nous avons besoin sur les évolutions à attendre.

Nous devrions tous nous réjouir de l'annonce d'un grand débat sur la réforme fiscale, car il permettra à chacun d'exposer ses idées sur la justice fiscale, en faisant un effort de cohérence, loin de la pratique qui consiste à multiplier les demandes de dépenses nouvelles et les suppressions de recettes.

Nous soutiendrons les amendements présentés par le Gouvernement qui visent à écarter les PEL, les PEA et l'épargne salariale du champ de l'article 8.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je précise que les amendements du Gouvernement, dont la liasse vient de vous être distribuée, ne seront pas discutés aujourd'hui, mais seulement lors de la séance publique. C'est simplement dans un souci de courtoisie qu'ils vous ont été remis afin que vous en preniez connaissance suffisamment à l'avance.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle aborde l'amendement ASI76 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** La série d'amendements que nous allons examiner maintenant exclut du champ de l'article 8 les PEL, les comptes d'épargne logement (CEL), l'épargne salariale et les PEA. La perte de recettes est estimée à 200 millions d'euros.

*La Commission adopte l'amendement.*

**M. Dominique Dord.** Comment se fait-il, madame la présidente, que nous n'examinions pas les amendements du Gouvernement, alors même qu'ils ont été mis à notre disposition ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Tout simplement parce que le Règlement ne le permet pas. Mais peut-être ai-je eu tort de vous les communiquer dès qu'ils me sont parvenus... (*Protestations des commissaires du groupe UMP.*)

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Notre Règlement s'oppose à ce qu'ils puissent être discutés aujourd'hui, mais il se trouve que les miens sont identiques.

*La Commission est saisie de l'amendement ASI77 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Cette série d'amendements restreint donc l'application de la mesure de suppression des taux historiques aux seuls contrats d'assurance-vie exonérés d'impôt sur le revenu, conformément à ce qu'a annoncé le Gouvernement. Il exclut donc les PEL, les PEA et l'épargne salariale de cette

disposition, ce qui permettra de ne pas toucher les patrimoines moyens et modestes.

**Mme Véronique Louwagie.** Monsieur le rapporteur, vous avez fait état d'une perte de recettes de 200 millions d'euros, mais ce chiffre ne figure pas dans l'exposé sommaire de votre amendement. Pourriez-vous être plus précis sur le sujet ?

Nous ne pouvons que nous réjouir de voir les PEL, les PEA et l'épargne salariale exonérés des prélèvements prévus à cet article 8. Le travail conduit par l'opposition en séance publique a permis une prise de conscience bienvenue de la part du Gouvernement sur l'effet de ces mesures, qui posaient en outre un problème de constitutionnalité en raison de leur caractère rétroactif. Mais il aurait été encore préférable de supprimer en totalité l'article 8 afin d'exclure aussi de ce dispositif les contrats d'assurance-vie : en effet, en prenant pour base 90 % du produit de l'assiette de référence, vous mettez en place une usine à gaz qui engendrera des coûts de gestion élevés.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Madame Louwagie, ce sont les services du ministère de l'économie et des finances qui nous ont indiqué que le produit de la taxation de ces produits, non du patrimoine, mais de son rendement, se serait monté à 200 millions d'euros. L'indication ne figurant pas dans l'étude d'impact, nous l'avons demandée mais nous ne l'avons obtenue qu'au moment de la séance publique.

J'ai déjà rappelé qu'à plusieurs occasions, la précédente majorité a pratiqué la rétroactivité lorsqu'elle a relevé les taux de prélèvement sur le rendement de ces produits d'épargne. Nous verrons bien ce que décidera le Conseil constitutionnel à ce sujet.

**M. Jean-Pierre Door.** Lors de la séance publique, nous avons alerté le Gouvernement sur le danger qu'il y avait à adopter cet article. Depuis, vous avez fait marche arrière et, en définitive, vous nous présentez aujourd'hui, monsieur le rapporteur, des amendements qui ressemblent fortement à ceux que nous avons nous-mêmes déposés en première lecture ! Quant à la petite dizaine d'amendements du Gouvernement qui vient de nous tomber du ciel, elle est bien proche de ceux que nous voulions présenter. La situation est difficilement compréhensible !

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle est saisie de l'amendement ASI78 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Cet amendement précise que les acomptes dus par les établissements payeurs pourront désormais faire l'objet d'un versement global.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement ASI31 de Mme Dominique Orliac.*

**Mme Dominique Orliac.** La loi de financement de la sécurité sociale a créé la contribution additionnelle de solidarité (CASA) sur les pensions de retraite, préretraite et invalidité, contribution dont le seul objet est de financer une meilleure prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie. Dans l'attente d'une politique globale au bénéfice de tous, quels que soient leur âge et la cause de la perte d'autonomie, et pour préserver des revenus modestes bien qu'imposables, l'amendement vise à exempter de ce versement les titulaires d'une pension d'invalidité.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Cet amendement a également pour effet de supprimer des recettes, sans qu'aucune mesure compensatrice soit proposée pour éviter de creuser le déficit. Avis défavorable, par conséquent.

**Mme Bérengère Poletti.** Le groupe UMP soutient cet excellent amendement.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement ASI79 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Cet amendement aligne l'assiette de l'ensemble des prélèvements et contributions sur celle de la CSG, ce qui permet de supprimer les répétitions dans une rédaction qui passait en revue chaque prélèvement.

**M. Francis Vercamer.** Je regrette que, parce que le Gouvernement se révèle incapable de gérer l'ordre du jour, nous en soyons réduits à examiner ce projet de loi à marche forcée : il y a tout de même là 450 milliards d'euros en jeu !

Lorsque j'avais soulevé le problème de l'épargne logement en commission, le rapporteur m'avait incité à déposer un amendement, ce que j'ai fait. Mais le Gouvernement a refusé cet amendement et voici qu'il dépose à son tour des amendements qui vont dans le sens que je souhaitais. Le groupe UDI ne peut que s'en réjouir et il votera ces dispositions. Reste qu'il est inacceptable que l'on nous propose d'augmenter la CSG sur les produits de l'épargne au moment même où le Premier ministre laisse présager une fusion de la CSG et de l'impôt sur le revenu. De qui se moque-t-on ?

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle est saisie de l'amendement ASI19 de M. Francis Vercamer.*

**M. Francis Vercamer.** Il me semble que cet amendement tombe, compte tenu des modifications que la Commission vient d'apporter à l'alinéa 28...

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Cet amendement, comme celui que vous aviez présenté en première lecture, a le défaut de disjoindre la taxation du PEL de celle du CEL, du PEA et de l'épargne salariale. J'émet donc un avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle étudie l'amendement AS132 de M. Jean-Noël Carpentier.*

**M. Jean-Noël Carpentier.** Cet amendement vise à procurer de nouvelles recettes, puisqu'il a pour objet d'imposer les dividendes au même taux que les revenus du travail. La réflexion sur la répartition des efforts entre le capital et le travail doit faire partie du débat annoncé par le Premier ministre sur la réforme de la fiscalité : nous donnons l'occasion de l'amorcer.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Il s'agit là d'un prélèvement, non sur le capital, mais sur les dividendes des entreprises, ou sur leur excédent brut. Or ces dividendes ont déjà largement été mis à contribution, pour des mesures de justice fiscale. Avis défavorable.

**M. Dominique Tian.** Cet amendement vise à réduire les déficits des régimes de retraite alors que, au même moment, nous examinons un projet de loi mirifique du Gouvernement censé sauver ces régimes ! Où se trouve la cohérence dans la majorité ?

Monsieur le rapporteur, il manque tout de même 400 millions d'euros par rapport au projet de loi adopté en première lecture, puisque vous n'avez compensé la perte de recettes de 600 millions d'euros qu'à hauteur de 200 millions. Votre budget n'est donc pas plus équilibré qu'avant !

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Monsieur Tian, la perte de recettes ne s'élève qu'à 200 millions d'euros, car nous ne supprimons dans l'article 8 que la partie consacrée au rendement des PEL, des CEL, des PEA et de l'épargne salariale.

**M. Dominique Tian.** Soit, mais où trouver maintenant ces 200 millions d'euros ?

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Je vous rappelle que nous avons voté des recettes supplémentaires, comme la taxe sur les boissons dites énergisantes....

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS183 du rapporteur.*

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Cet amendement procède d'abord à une harmonisation spécifique de l'assiette de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sur les produits de placement avec celle de la CSG. Ensuite, il est proposé de maintenir la suppression des taux historiques pour l'assurance-vie – ce qui rapportera 400 millions d'euros de recettes –, en excluant

du champ de cette disposition les PEL, les CEL, les PEA et les produits de l'épargne salariale.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle est saisie de l'amendement AS 180 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Je défendrai ensemble les amendements AS180, AS181, AS182 et AS184. Tous quatre en effet règlent les conséquences des changements de références pour les dispositions d'entrée en vigueur et pour les conditions applicables au dispositif transitoire de paiement mis en place d'ici à la fin du mois d'avril 2014.

**M. Jean-Pierre Door.** Monsieur le rapporteur, vous vous livrez à bien des acrobaties avec ces amendements enfilés l'un après l'autre, tout cela pour rattraper l'erreur qui a consisté pour le Gouvernement à essayer de taxer les PEL, les CEL et les PEA ! Mais cette gymnastique est bien difficile à suivre pour nous et nous ne voterons donc pas ces amendements.

**M. Dominique Tian.** L'UMP ne les votera pas, en effet, car sous couvert de simplification, ils visent à accroître encore la pression fiscale. Des discussions avec les assureurs et les professionnels du secteur auraient débuté afin de dissiper l'inquiétude des épargnants dont les choix sont remis en cause du fait de la rétroactivité de ces dispositions. De plus, voici que vous introduisez des modifications des modalités de versement qu'ils ne peuvent que redouter, car plus personne ne croit à la pureté de vos intentions.

*La Commission adopte successivement les amendements AS180 et AS181.*

*La Commission examine ensuite l'amendement AS18 de M. Francis Vercamer.*

**M. Francis Vercamer.** Cet amendement tend à reporter au 1<sup>er</sup> janvier 2014 la date d'entrée en vigueur de dispositions qui pénaliseront lourdement les épargnants qui ont fait depuis des années déjà le choix de ces contrats sur le fondement d'une règle du jeu différente. Cette question de la rétroactivité me paraît essentielle et je déposerai en séance un amendement plus précis sur ce sujet.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Avis défavorable. Pour éviter la fuite des capitaux investis, le Gouvernement utilise ici une méthode classique, qui consiste à fixer la date d'entrée en vigueur de la mesure au jour où celle-ci a été annoncée – en l'espèce, c'était devant la Commission des comptes de la sécurité sociale, le 26 septembre dernier.

**Mme Véronique Louwagie.** Merci, monsieur le rapporteur, d'avoir fait un point précis sur les montants de recettes que cette mesure sur les contrats

d'assurance vie doit rapporter. Nous avons compris qu'elles se monteraient à 200 millions d'euros, alors qu'elles seront en définitive du double.

Pour en revenir à l'amendement, il ne paraît pas sérieux de prendre des mesures rétroactives. Nos concitoyens ont besoin de lisibilité, de confiance, de crédibilité. Nous voterons donc cet amendement.

*La Commission rejette l'amendement AS18.*

*Puis elle adopte l'amendement de conséquence AS182 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS184 du même auteur.*

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Il s'agit également d'un amendement de conséquence.

**Mme Véronique Louwagie.** Vous abaissez le taux de l'acompte de 97 % à 90 %. Cette mesure concerne-t-elle les seuls contrats d'assurance-vie exonérés d'impôt sur le revenu, ou l'ensemble de ces contrats ? Dans le premier cas, il ne s'agirait pas vraiment d'une simplification.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** C'est une grande simplification ! Actuellement, la taxation est d'une extraordinaire complexité : elle varie en fonction du produit d'épargne et selon la date d'entrée en vigueur de mesures dont certaines étaient rétroactives ; certains contrats d'assurance-vie sont imposables à l'impôt sur le revenu et d'autres non. Il s'agit donc bien d'une mesure d'harmonisation et de simplification, mais aussi de justice fiscale.

**Mme Véronique Louwagie.** Je renouvelle néanmoins ma question : tous les contrats sont-ils concernés ?

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Absolument, les taux sont harmonisés quel que soit le régime du contrat d'assurance-vie. Mon rapport aborde ce problème de l'harmonisation de la taxation des rendements des produits d'épargne dans le plus grand détail.

**M. Dominique Tian.** Je regrette que le projet de loi ne comporte aucune étude d'impact de cette mesure : nous ignorons quelles seront pour les épargnants les conséquences de la suppression des taux historiques. Si les gouvernements précédents les ont laissés en place, il devait y avoir une raison : ce n'était sans doute pas une anomalie.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Était-ce une anomalie ? C'est une question sémantique. C'était plutôt un état de fait, une accumulation, année après année, de mesures prises par les gouvernements successifs, pour diminuer les déficits et tenir nos engagements européens.

*La Commission adopte l'amendement AS184.*

*Puis elle adopte l'article 8 modifié.*

*Article 9*

(art. 731-14 et L. 731-17 du code rural et de la pêche maritime,  
art. 136-7 du code de la sécurité sociale)

**Financement des mesures prises  
en matière de retraites complémentaires agricoles**

Le présent article revêt deux objectifs.

En premier lieu, il vise à réintégrer dans l'assiette des prélèvements sociaux la part des dividendes excédant 10 % du capital social lorsqu'ils sont perçus par l'exploitant agricole, son conjoint ou ses enfants. Cette mesure doit permettre de financer les mesures en faveur des retraites des exploitants agricoles proposées par le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

Ensuite, il permet de mobiliser la moitié des réserves de la mutualité sociale agricole, à hauteur de 160 millions d'euros pour contribuer également au financement des mesures de justice en matière de retraites. Ces réserves sont en effet devenues sans objet à la suite de la mise en place d'un système de financement pérenne des frais de gestion du régime.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission examine d'abord deux amendements de suppression, AS17 de M. Francis Vercamer et AS23 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Francis Vercamer.** L'amélioration des retraites agricoles est un objectif louable, que nous approuvons. En revanche, nous contestons l'idée de chercher à l'atteindre par un prélèvement supplémentaire sur les travailleurs indépendants agricoles et leurs conjoints : augmenter encore leurs charges déjà bien lourdes, alors que la disparité des revenus ne cesse de s'accroître, risque de compromettre un peu plus l'équilibre financier des exploitations.

Par ailleurs, le transfert de 160 millions d'euros des excédents de la Mutualité sociale agricole (MSA) vers le régime complémentaire obligatoire de retraite des exploitants agricoles est une mesure de gestion qui ne permettra pas de régler les difficultés de financement structurelles de ce régime.

Nous proposons donc de supprimer cet article.

**M. Jean-Pierre Door.** Nous proposons nous aussi de supprimer cette nouvelle taxation, cette fois du monde agricole et notamment de ses retraités, aujourd'hui lourdement éprouvés.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** L'augmentation des retraites agricoles est une cause juste et c'est, je crois, un objectif qui nous réunit.

Cet article réduit des niches sociales – il est anormal que des avantages sociaux soient octroyés, au titre du régime agricole, à des personnes qui possèdent des parts de société sans exploiter elles-mêmes.

Quant à la MSA, les réserves accumulées dont il est question ici sont devenues sans objet depuis l'instauration d'un financement pérenne de ses coûts de gestion. Avis défavorable par conséquent.

**M. Jean-Louis Costes.** Je suis choqué et surpris de vous entendre parler de « niche » à propos des retraites complémentaires agricoles, monsieur le rapporteur.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Ce n'est pas un terme stigmatisant !

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Absolument, il y a des niches qui abritent des chiens de race. Plus sérieusement, la MSA elle-même admet qu'il s'agit là d'une niche sociale. Je rappelle aussi que nous finançons, avec cette mesure, une augmentation des retraites agricoles les plus modestes.

*La Commission rejette les amendements de suppression.*

*Puis elle examine l'amendement ASI33 de Mme Dominique Orliac.*

**Mme Dominique Orliac.** Cet amendement tend à supprimer les alinéas 1 à 18, qui visent à réintégrer dans l'assiette des prélèvements sociaux la part des dividendes excédant 10 % du capital social lorsqu'ils sont perçus par l'exploitant agricole, son conjoint ou ses enfants, afin de financer les mesures inscrites dans la réforme des retraites.

Si l'objectif poursuivi par le Gouvernement d'améliorer les retraites agricoles est tout à fait louable, il est en revanche regrettable de le financer par une hausse des prélèvements sociaux opérés sur les travailleurs indépendants agricoles exerçant dans le cadre sociétair, d'autant qu'il existe une grande disparité dans l'évolution du revenu agricole, tant entre filières que sur le plan individuel.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** L'adoption de cet amendement reviendrait à supprimer l'article. Avis défavorable.

**M. Jean-Pierre Door.** Le groupe UMP soutiendra cet excellent amendement.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 9 sans modification.*

*Article 10*

(art. L. 613-1 et L. 633-10 du code de la sécurité sociale)

**Création d'une cotisation déplafonnée d'assurance vieillesse de base  
pour le Régime social des indépendants**

Le présent article vise à créer une cotisation d'assurance vieillesse de base assise sur la totalité de la rémunération des indépendants, en sus de la cotisation plafonnée existante.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant un amendement rédactionnel.

\*

*La Commission examine d'abord l'amendement AS24 de Mme Bérengère Poletti, tendant à la suppression de l'article.*

**Mme Véronique Louwagie.** Le présent article vise à créer une cotisation vieillesse déplafonnée pour les travailleurs indépendants : en plus de la cotisation vieillesse de base plafonnée – qui augmentera de 0,10 point en 2014 –, les artisans, commerçants et patrons de PME seront soumis à une nouvelle cotisation sur l'ensemble de leurs revenus d'activité, sur laquelle le Gouvernement entend faire porter la hausse de la cotisation vieillesse décidée dans le cadre de la réforme des retraites.

Après l'allongement de la durée de cotisation, cette hausse des cotisations vieillesse va réduire une nouvelle fois le pouvoir d'achat des travailleurs indépendants – l'année dernière, le Gouvernement avait, je le rappelle, déjà procédé à une augmentation de 1,3 milliard d'euros des cotisations sociales du régime social des indépendants (RSI). N'oublions pas non plus le déplafonnement des cotisations maladie, la suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnels applicable aux gérants majoritaires...

Les chiffres trimestriels des défaillances d'entreprises sont en hausse de 7,5 % : ce sont les pires que nous ayons connus depuis vingt ans ! Il convient donc de supprimer cet article, au lieu d'alourdir encore les charges de chefs d'entreprise qui se battent tous les jours pour défendre leur entreprise et l'emploi.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Il était nécessaire de créer une cotisation vieillesse déplafonnée pour les travailleurs indépendants affiliés au RSI, afin que l'effort demandé à l'ensemble des actifs pour la sauvegarde des régimes de retraite soit identique. Les plus modestes ne sont pas concernés, puisque cette hausse concerne les sommes au-dessus du plafond. Je souligne que la cotisation acquittée demeure inférieure à ce qu'elle est dans le régime général.

C'est encore une fois une mesure de solidarité.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle se saisit ensuite de l'amendement ASI34 de Mme Dominique Orliac.*

**Mme Dominique Orliac.** Nous proposons la suppression des alinéas 3 à 8. L'article 10 vise en effet à créer une cotisation d'assurance vieillesse de base, assise sur la totalité de la rémunération des artisans et commerçants, en sus de la cotisation plafonnée qui existe déjà.

À l'heure où l'économie française traverse une période difficile, il importe de ne pas décourager les PME et les TPE, essentielles pour soutenir la croissance et maintenir les emplois dans notre pays. Nous proposons donc de supprimer cette nouvelle hausse de prélèvements, particulièrement malvenue après les charges supplémentaires d'1,3 milliard imposées l'an dernier aux travailleurs indépendants.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Cette mesure, je le répète, ne s'applique qu'au-delà du plafond : les plus modestes ne sont donc pas concernés. Avis défavorable.

**M. Jean-Pierre Door.** Le groupe RRDP a décidé d'excellentes idées et nous voterons cet amendement : il faut défendre les commerçants et les artisans.

**Mme Véronique Louwagie.** Monsieur le rapporteur, les cotisations des artisans, commerçants, chefs d'entreprise, etc. sont sans doute inférieures à celles des salariés, mais les prestations le sont aussi ! Il faut considérer les deux éléments, et votre comparaison n'est pas honnête.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Vous avez mal interprété mes propos. Je n'ignore pas que les situations sont très différentes. Je note que les taux de cotisation sont inférieurs, mais je n'en tire aucune conclusion de quelque nature que ce soit.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS 135 de Mme Dominique Orliac.*

**Mme Dominique Orliac.** Cet amendement tend à supprimer les alinéas 5 et 6 de l'article, c'est-à-dire la disposition déplaçant l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse de base des artisans et commerçants affiliés au RSI. Cette mesure risquerait en effet d'alourdir les charges de ces entreprises déjà lourdement mises à contribution.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Cela reviendrait à supprimer tout l'article. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 10 sans modification.*

### *Article 11*

(art. L-161-45, L. 165-11, L. 241-2, L. 245-1 et L. 245-5-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 5123-5 et L. 5123-5-1 du code de la santé publique, art. 1635 bis AF à 1635 bis AH [nouveaux] du code général des impôts et art. L. 166 D du livre des procédures fiscales)

#### **Réforme des modalités de financement de la Haute Autorité de Santé**

Le présent article vise à transférer à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) la fraction du produit des contributions sur les dépenses de promotion des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) actuellement affectée à la Haute Autorité de Santé ainsi que le produit de diverses taxes perçues directement par la Haute Autorité. La HAS verra en contrepartie la subvention de l'État et la dotation de l'assurance maladie versées à son profit augmenter à due concurrence. La CNAMTS, qui percevra la totalité des taxes aujourd'hui destinées à la HAS, restituera à l'État un montant équivalent à la hausse de la subvention qu'il verse à la Haute Autorité, par le biais du reversement d'une fraction de la TVA nette que la CNAMTS perçoit (opération prévue par l'article 39 du projet de loi de finances pour 2014).

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements à l'initiative de votre rapporteur, dont une série d'amendements visant à qualifier de « droits », et non de taxes, les recettes désormais affectées à la CNAMTS en application du présent article.

\*

*Suivant l'avis défavorable de M. Gérard Bapt, rapporteur, la Commission rejette successivement les amendements AS136 et AS154 de Mme Dominique Orliac.*

*Puis elle adopte l'article 11 sans modification.*

### *Article 12*

(art. L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale)

#### **Fusion de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires et de la taxe sur les premières ventes de médicaments**

Le présent article vise, dans un souci de simplification pour les entreprises, à fusionner la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires et la taxe sur les premières ventes de médicaments.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement à l'initiative du rapporteur, visant à fixer un seuil minimum de perception des taxes dues sur la première vente de dispositifs médicaux et de produits cosmétiques. Cette mesure de simplification du recouvrement de ces deux taxes s'avère en outre favorable aux très petites entreprises de ce secteur d'activité. L'institution d'un tel minimum de perception permettrait d'exclure plus de 400 déclarants de l'exigibilité de la taxe.

\*

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS36 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

*Elle se saisit ensuite de l'amendement AS77 de M. Jean-Pierre Barbier.*

**M. Jean-Pierre Barbier.** Cet amendement vise à promouvoir le don du sang gratuit et bénévole – encouragé par les directives européennes du 6 novembre 2001 et du 27 janvier 2003, mais qui demeure une spécificité de notre pays – en excluant de l'assiette de la contribution visée à cet article les médicaments dérivés du sang issus de dons éthiques. C'est techniquement faisable, puisque l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) connaît déjà l'origine des dons entrant dans la composition des médicaments dérivés du sang.

Cet amendement avait été déposé en première lecture par Olivier Véran. Mme la ministre lui avait demandé de le retirer parce qu'elle l'estimait contraire au droit communautaire. Je considère pour ma part qu'il s'agit d'une excellente proposition, que les associations de donneurs de sang ont d'ailleurs soutenue par une pétition.

Ce serait un bon signal envoyé aux donneurs de sang, mais aussi à toute la filière du don du sang éthique.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je veux saluer ici le travail d'Olivier Véran sur l'ensemble de la filière du don du sang.

**M. Olivier Véran.** Le don de sang est un sujet à part : c'est une affaire d'éthique, de gratuité, de générosité des donneurs... La filière emploie une dizaine de milliers de personnes. Nous avons largement évoqué, en commission, puis dans l'hémicycle, les problèmes qu'elle rencontre : elle est en effet mise à mal par la vente de médicaments qui ne respectent pas les principes éthiques français et qui sont vendus moins cher à nos hôpitaux.

Mme la ministre s'est engagée dans l'hémicycle à lancer une réflexion approfondie sur ce sujet. Nous attendons donc tous avec impatience ses propositions, pour favoriser cette filière éthique, pour aller vers plus d'efficacité et d'autosuffisance.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Nous sommes tous d'accord sur l'objectif visé par cet amendement, que le groupe SRC avait proposé en la personne de M. Véran. Mais il n'est pas conforme au droit communautaire. Son adoption risquerait de fragiliser toute la filière puisqu'une condamnation des tribunaux européens pour aide d'État déguisée devient ensuite bien encombrante – on le sait bien chez M. Tian, à Marseille, avec la SNCM (Société nationale Corse Méditerranée) : il est ensuite bien difficile d'argumenter.

À mon grand regret, et malgré les intentions tout à fait louables de M. Barbier, je suis donc obligé d'émettre un avis défavorable.

**M. Denis Jacquat.** Nous avons déjà débattu de ce problème en commission ; or j'avais cru comprendre que nous aurions une réponse rapide du Gouvernement. Tous les gouvernements ont défendu la filière de don du sang éthique, y compris au moment de l'affaire du sang contaminé. Il faut agir ; or j'ai l'impression qu'on fait du sur-place : les donateurs s'estiment, je crois, bien mal défendus.

**M. Dominique Tian.** Dites la vérité, monsieur le rapporteur : les hôpitaux publics achètent majoritairement du sang à l'étranger, tout simplement parce qu'il y est moins cher. Cela met tout le monde très mal à l'aise, car moralement, ce n'est pas très acceptable. Ce n'est pas là une bonne façon de faire des économies ! Il y en a bien d'autres, assez faciles à mettre en œuvre – le rétablissement du jour de carence, par exemple, mais je ne veux pas rouvrir ce débat.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Il faut en effet insister sur le bénéfice sanitaire et éthique apporté par cette filière. Malheureusement, les hôpitaux publics sont contraints d'acheter des produits étrangers, car ceux-ci sont beaucoup moins chers.

Le risque d'une condamnation communautaire, outre qu'il est hypothétique, est financièrement très faible et de toute façon lointain. Pour les patients, pour la filière, prenons ce risque et votons cet amendement.

**M. Olivier Véran.** Nous souhaitons tous ici mettre fin à l'effritement de la filière de don du sang française. Quel signal envoyer aux usagers comme aux acteurs pour aider le don éthique, gratuit et anonyme ? Il est vrai que 40 % des médicaments dérivés du sang vendus aujourd'hui dans les hôpitaux français proviennent de laboratoires qui ne respectent pas les règles éthiques. Cette proportion est énorme. Mais il est vrai aussi que certains médicaments produits en France ne suivent pas ces règles non plus, et que nous avons parfois besoin de produits vendus par des laboratoires anglais ou américains : ne nous livrons donc à aucune généralisation hâtive.

Il existe aujourd'hui une véritable guerre des prix sur le marché français des produits sanguins, et nous sommes en train de la perdre. Comment aider les laboratoires qui font partie de la filière éthique ? Le seul fait de poser cette question nous met en porte-à-faux vis-à-vis de l'Europe, et il faut avoir l'honnêteté de le reconnaître.

Je propose donc d'agir en distinguant très clairement la filière éthique des autres filières de production, notamment de la filière américaine, grâce à la création dans un prochain texte de loi dont j'ai l'honneur d'être rapporteur, le projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé, dit « DADU », d'un label éthique que nous pourrions ensuite promouvoir auprès des prescripteurs, mais aussi auprès des malades.

Nous pourrions ensuite faire le point sur l'efficacité de cette mesure. Si elle ne fonctionne pas, je déposerai à nouveau un amendement pour moduler la TVA

ou la contribution des laboratoires qui ne respectent pas la législation française et européenne en matière de don éthique.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Le risque n'est pas si lointain, et le droit communautaire est ce qu'il est... Nous avons d'ailleurs des problèmes d'importations onéreuses dans d'autres domaines que celui des produits sanguins : nous achetons par exemple des têtes fémorales en Ukraine, pour procéder à des greffes osseuses.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS38 et AS39 de M. Gérard Bapt, rapporteur.*

*Elle adopte alors l'article 12 modifié.*

#### Article 12 bis

(art. L. 138-2 du code de sécurité sociale)

#### **Création d'une troisième tranche de la taxe sur le chiffre d'affaires de la vente en gros**

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture à l'initiative du Gouvernement, a pour objet de créer, à rendement constant, une troisième tranche de la taxe sur le chiffre d'affaires de la vente en gros, assise sur le montant de la marge rétrocédée aux pharmacies d'officine.

\*

*La Commission examine les amendements AS1 de M. Jean-Pierre Barbier, AS55 de M. Dominique Tian et AS137 de Mme Dominique Orliac, tendant à la suppression de l'article.*

**M. Jean-Pierre Barbier.** Il s'agit ici d'un problème très complexe. Cet article a pour objet d'imposer à un taux de 20 % les marges rétrocédées par les laboratoires pharmaceutiques aux officines, en cas de vente directe. Il s'agit d'inciter le pharmacien à se tourner plutôt vers son grossiste – et je comprends parfaitement l'objectif de l'amendement, car les grossistes traversent une période économique difficile. Mais cette taxe pèsera sur le pharmacien.

Plutôt que de chercher des équilibres impossibles à travers une taxe affectant l'économie des officines, mieux vaudrait réfléchir à l'organisation globale de la chaîne du médicament. L'article aura des effets pervers ; c'est pourquoi je demande sa suppression.

**M. Dominique Tian.** La société dont vous parliez de manière un peu évasive, monsieur le rapporteur, n'est pas marseillaise mais corse...

Peut-être serait-il souhaitable, madame la présidente, que certains collègues radicaux changent de place, afin que vous puissiez mieux les identifier lors des votes.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je considère que vous avez défendu votre amendement.

**Mme Dominique Orliac.** Cet article, introduit par un amendement voté en catimini en séance de nuit, n'avait été examiné ni par la Commission, ni par le Conseil d'État ; or il ne rapportera rien à l'assurance-maladie, puisqu'il ne prévoit qu'un transfert de charges, peu opportun dans un PLFSS, au profit des grossistes répartiteurs et au détriment de la chaîne du médicament.

Sur les 22 000 officines, environ 19 500 s'approvisionnent *via* la vente directe, si bien que le maintien de l'article pourrait conduire à la suppression de quelque 1 200 emplois. Et si les laboratoires renonçaient à la vente directe, le manque à gagner pour l'État devrait avoisiner les 15 millions d'euros.

Le dispositif, en plus d'être contraire aux engagements pris par l'État dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé, sera source de complexité ; il est également de nature à accroître la charge fiscale des seules entreprises du secteur du médicament et à renchérir les prix pour les officines. En favorisant un canal de distribution au détriment de la libre concurrence, il s'apparente en définitive à une aide d'État en faveur des grossistes répartiteurs ; en ce sens, il me paraît fragile au regard du droit communautaire.

On sait, en outre, que les grossistes répartiteurs achètent des médicaments en France pour les revendre à prix élevés dans d'autres pays, ce qui génère parfois des ruptures de stock : certaines affaires récentes, dont s'est émue l'opinion publique, l'ont montré.

Bref, l'article favorise un seul acteur de distribution et touche la pharmacie d'officine – qui assure pourtant un maillage sanitaire du territoire, notamment en milieu rural – comme les dépositaires et les industriels français du médicament ; mal préparé, il doit être supprimé afin d'éviter une censure du Conseil constitutionnel ou un rejet par les instances européennes.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Nous venons d'entendre beaucoup de contrevérités : nous aurons donc une discussion plus approfondie sur le sujet dans l'hémicycle.

*Suivant l'avis défavorable de M. Gérard Bapt, rapporteur, la Commission rejette les amendements de suppression.*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je veux m'arrêter un instant sur des questions de forme. Une société de lobbying, qui a l'habitude de contacter les pharmaciens par téléphone, a adressé, suite à son audition par le groupe d'études sur les médicaments et les produits de santé, dont je suis membre, une

proposition d'amendement de suppression de l'article. Les deux coprésidents de ce groupe d'études, M. Robinet et Mme Hurel, pourraient-ils nous donner des éclaircissements sur ce point ? Inutile de vous dire que le dossier sera transmis à M. Christophe Sirugue, vice-président en charge de la délégation du Bureau chargée des représentants d'intérêt et des groupes d'étude.

**Mme Sandrine Hurel.** Coprésidente du groupe d'études sur les médicaments, je déplore les méthodes de cette société privée. La coprésidence n'est jamais un exercice simple ; en tout état de cause, si j'ai donné mon accord pour l'audition de cette société par notre groupe d'études, jamais l'autre coprésident, M. Robinet, ne m'a informée que cet amendement avait été transmis à tous ses membres. Une plus grande fluidité de la communication entre les deux coprésidents et un accord entre eux sur ce genre de sujet me paraissent souhaitables. Un groupe d'études, je le rappelle, n'est pas une instance de lobbying.

**M. Arnaud Robinet.** Je ne vois pas matière à polémiquer. La société dont nous parlons a en effet été auditionnée par le groupe d'études sur les médicaments ; les parlementaires n'étant pas tous des spécialistes de tels sujets, ils ont besoin d'être éclairés.

Je rappelle que l'amendement du Gouvernement à l'origine de cet article avait été adopté sans réels débats en séance, et en tout cas sans examen préalable en commission. Le groupe d'études en a discuté lors de l'audition de cette société privée, qui a souhaité nous transmettre une proposition d'amendement. Faudra-t-il vérifier que tous les amendements de la majorité n'émanent pas de groupes de pression ? Évitions le manichéisme.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Ce n'est pas le problème, monsieur Robinet. Je m'étonne seulement d'avoir reçu une lettre qui nous a été adressée à la demande du dépositaire, et dont voici un extrait : « *Il me paraît très important de relayer l'information auprès des députés du groupe qui étaient présents l'autre soir, et plus largement. Nous serions également très désireux d'inviter le groupe dans les locaux de [...] à Boulogne, à une date à définir avec vous en janvier ou février 2014.* »

Dans le souci de transparence exigé par le président Bartolone, je préfère que tout cela soit dit.

**M. Christian Paul.** Sans doute l'affaire dont nous parlons mérite-t-elle une saisine, non seulement de la présidence de l'Assemblée, mais aussi de Mme la déontologue ; plus généralement, nous gagnerions à desserrer l'étau des lobbies, si généreusement rémunérés pour harceler les parlementaires, en ne relayant pas leurs propositions d'amendements *via* les groupes d'études.

Auditionner des entités professionnelles est dans le rôle des groupes d'études, pour réunir des informations nécessaires au travail parlementaire, mais

l'hygiène démocratique impose d'éviter une proximité douteuse pour la morale républicaine.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Je ne puis accepter de tels propos. L'hygiène démocratique, monsieur Paul, exigerait que le Gouvernement ne dépose pas en séance un amendement si technique qu'il en est incompréhensible pour la plupart des députés présents.

Par ailleurs, les députés font la part des choses, et l'on ne saurait leur reprocher de recevoir des informations. Faut-il fermer nos messageries, sur lesquelles arrive un nombre incalculable de courriels, ce qui peut s'apparenter à du lobbying ? Je n'ai eu besoin de personne pour déposer cet amendement : je l'ai fait en mon âme et conscience de député de la Nation.

**M. Dominique Dord.** Je n'ai aucune complaisance à l'égard du lobbying, sous quelque forme que ce soit, et vous avez sans doute raison, madame la présidente, de nous inviter à garder nos distances vis-à-vis des sociétés qui le pratiquent.

Néanmoins, l'audition publique, transparente, d'un représentant d'intérêt par un groupe d'études sera toujours préférable à des interventions en sous-main.

Enfin, lequel d'entre nous peut, en conscience, affirmer qu'il est complètement libre ? Qui n'est pas lié à telle ou telle force d'intervention, qu'elle soit professionnelle, syndicale, culturelle ou politique ? Sur ce sujet, monsieur Paul, il est un peu facile de donner des leçons...

**Mme Dominique Orliac.** Les propos qui ont été tenus sont excessifs et inadmissibles. Les députés sont tout à fait capables de maîtriser leur sujet.

**Mme Sandrine Hurel.** Nous sommes tous inondés de mails, bien entendu, et nous décidons en conscience. Mais, je le répète, un groupe d'études n'est pas la courroie de transmission des lobbies.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** C'est exactement le sens de mon propos. La société de lobbying que j'évoquais est, de surcroît, passée par de multiples canaux pour nous contacter.

*La Commission adopte l'article 12 bis sans modification.*

#### *Article 12 ter*

(art. L. 912-1, L. 137-15 et L. 137-16 du code de la sécurité sociale)

#### **Recommandation d'un ou plusieurs organismes de prévoyance par les branches professionnelles**

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture à l'initiative du Gouvernement, a pour objet de permettre aux branches professionnelles de recommander un ou plusieurs organismes de prévoyance

destinés à garantir la protection complémentaire collective des salariés, sous réserve d'avoir procédé à une mise en concurrence dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats, qui seront définies par décret.

Si les entreprises retiennent ce ou ces organismes, les entreprises de la branche acquitteront un forfait social au taux actuel. Si l'entreprise ne choisit pas l'un des organismes recommandés, le taux de forfait social s'élèvera à 20 % si elle compte au moins dix salariés et à 8 % si elle en compte moins.

\*

*La Commission examine deux amendements, AS15 de M. Francis Vercamer et AS25 de M. Jean-Pierre Door, tendant à la suppression de l'article.*

**M. Yannick Favennec.** L'article dont nous souhaitons la suppression réintroduit la clause de désignation, dans le cadre de la mise en place de la complémentaire santé pour tous ; ce faisant, il contourne une décision du Conseil constitutionnel qui s'était prononcé contre toute atteinte à la liberté de choix des entreprises.

**M. Jean-Pierre Door.** Je regrette les propos accusateurs sur les groupes d'études, dont la liste et l'adresse électronique de chaque membre ont toujours figuré sur le site Internet de l'Assemblée, et dont les membres ont toujours reçu des informations émanant de divers groupes extérieurs. Je souscris donc aux remarques de Mme Orliac.

Quant à l'amendement AS25, il tend à supprimer une disposition que le Gouvernement entend réintroduire, la faisant revenir par la fenêtre après que la censure du Conseil constitutionnel l'eut chassée par la porte. Certes, la clause de désignation a été déguisée en « clause de recommandation », mais, comme celle-ci est assortie d'une sanction financière – un forfait social porté de 8 % à 20 % –, elle n'en sera pas moins censurée à son tour, car nous la soumettrons au Conseil constitutionnel.

**M. Jean-Marc Germain.** C'est votre droit, mais il faudrait expliquer pourquoi vous le faites. Nous avons, sur ce sujet, une opposition idéologique de fond. Pour notre part, nous considérons que tous les salariés, y compris ceux des petites entreprises, doivent bénéficier du même droit d'accès aux complémentaires santé ; c'est pourquoi la mutualisation est nécessaire, au niveau le plus élevé possible. Le Gouvernement a tenu compte des observations du Conseil constitutionnel en proposant une clause de recommandation qui laisse aux entreprises le choix d'adhérer ou non, moyennant une incitation fiscale, comme c'est le cas dans bien d'autres domaines.

**Mme Isabelle Le Callennec.** La clause de désignation, à laquelle nous nous étions opposés en première lecture, revient ici sous une autre forme après la censure du Conseil constitutionnel.

Je suppose, chers collègues de la majorité, que des représentants d'organismes de prévoyance sont venus vous expliquer les conséquences de ladite clause et de la hausse du forfait social : a-t-on mené une étude d'impact sur ce point ? L'objectif caché n'est-il pas de réduire le nombre de ces organismes ?

**M. Dominique Tian.** Le Gouvernement est passé d'une clause de désignation quasi obligatoire à une clause de recommandation assortie de sanctions : la différence est pour le moins ténue. Réintroduire une disposition censurée par le Conseil constitutionnel est contestable sur le plan juridique, mais plus encore sur le plan moral. J'ajoute que la Mutualité française – un lobby, sans doute – a réaffirmé hier, par la voix de son président M. Étienne Caniard, son opposition à cette mesure.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Nul n'a dénoncé le lobbying : je visais seulement la forme.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Avis défavorable à ces amendements de suppression, pour les raisons rappelées par M. Germain. J'ajoute que le texte a fixé des conditions précises pour assurer la transparence des appels d'offre, sur laquelle certains s'étaient interrogés lors de l'examen en première lecture. D'autre part, les branches pourront recommander plusieurs organismes. Le Gouvernement entend enfin, à travers cet article, prolonger le dialogue social au sein des branches, afin d'organiser au mieux la protection sociale ; libre à elles, d'ailleurs, de ne formuler aucune recommandation – comme ce sera le cas, sauf erreur de ma part, dans la métallurgie.

**Mme Véronique Louwagie.** Vous invoquez, monsieur le rapporteur, le dialogue social au sein des branches et leur liberté vis-à-vis de la clause de recommandation ; mais cette liberté ne vaut pas pour les entreprises, compte tenu de l'augmentation de 150 % du forfait social. Sans de telles pénalités financières, un mécanisme de recommandation eût été admissible ; mais, ici, il est assorti d'une véritable sanction.

**Mme Isabelle Le Callennec.** D'après ce que j'ai compris, les branches sont obligées de recommander un ou plusieurs organismes de prévoyance. M. le rapporteur pourrait-il donc nous préciser ce qu'il a voulu dire au sujet de l'Union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM) ? Celle-ci attend-elle que la mesure soit une nouvelle fois « retoquée » par le Conseil constitutionnel, ou bien a-t-elle le droit de ne recommander aucun organisme ?

**M. Jean-Pierre Door.** Sans me faire l'avocat de la Mutualité française, je veux rappeler ce que son président a déclaré par voie de presse : « *Le fait d'avoir un opérateur unique sur un contrat unique dans toute la France a beaucoup plus tendance à entretenir l'inflation des dépenses de santé qu'à permettre la mutualisation.* » Il ajoutait que le système est source de « *conflit d'intérêts pour les partenaires sociaux, qui à la fois gèrent les institutions de prévoyance et établissent les désignations ou les recommandations [...]. Il est difficile de penser*

*que la vertu [...] soit suffisante pour se prémunir contre des choix qui peuvent servir les intérêts des uns et des autres ».*

Bien que le président de la Mutualité française soit plutôt proche de la majorité, l'opposition se retrouve ici à ses côtés.

**M. Jean-Marc Germain.** Aux termes de l'article 1<sup>er</sup> de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, les branches doivent définir des régimes de protection complémentaire, à charge pour elles de recommander ou non tel ou tel opérateur.

J'avais plutôt compris, pour ma part, que les discussions au sein de la métallurgie étaient suspendues jusqu'au vote du projet de loi ; mais peut-être le rapporteur a-t-il des informations plus récentes. Le groupe UMP vient en outre d'annoncer qu'il saisirait le Conseil constitutionnel : il est normal que les acteurs attendent d'y voir plus clair.

Quant aux entreprises, elles ont la liberté d'adhérer ou non aux opérateurs recommandés, la fiscalité, je le répète, étant modulée en fonction de leur comportement – comme c'est le cas, par exemple, pour les contrats solidaires et responsables.

**M. Jean-Louis Roumegas.** Le groupe écologiste est lui aussi gêné par cette disposition, malgré l'évolution lexicale imposée par la censure constitutionnelle.

La négociation au niveau des branches peut permettre d'obtenir de meilleurs tarifs, nous le comprenons bien, mais ne doit-on pas craindre une cartellisation des complémentaires santé au profit de deux ou trois groupes ? La question des sanctions nous semble aussi poser problème ; c'est pourquoi nous nous abstenons, en attendant de définir la position de notre groupe d'ici à l'examen en séance.

**Mme Fanélie Carrey-Conte.** L'alinéa 3 de l'article, madame Le Callennec, précise que « *les accords professionnels ou interprofessionnels [...] peuvent* » prévoir des recommandations : il n'y a aucun caractère obligatoire.

Il est également précisé que les contrats doivent présenter « *un niveau élevé de solidarité* » et comporter « *des prestations autres que celles versées en contrepartie d'une cotisation, pouvant notamment prendre la forme [...] d'une politique de prévention ou [...] d'action sociale* ».

La mutualisation est nécessaire pour assurer de tels droits à l'ensemble des salariés d'une branche ; d'où la logique de recommandation incitative. Le risque d'asthme lié à l'inhalation de farine dans la branche de la boulangerie-pâtisserie a ainsi donné lieu à des actions de prévention pour tous les salariés, rendues possibles par la mutualisation.

*La Commission rejette les amendements de suppression.*

*Puis elle examine, en présentation commune, les amendements AS14 et AS62 de M. Francis Vercamer.*

**M. Francis Vercamer.** Ces amendements sont de repli. Le premier vise à garantir, au sein des accords de branche, la liberté de choix des entreprises à l'égard d'un ou de plusieurs organismes assureurs, tout en supprimant les sanctions fiscales qui entravent cette liberté ; ce fut d'ailleurs l'un des motifs de censure par le Conseil constitutionnel. Le second amendement est de même nature.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Avis défavorable : ces amendements remettent en cause un élément essentiel de l'article.

La branche peut tout à fait choisir de ne faire aucune recommandation, madame Louwagie. J'ajoute que certaines règles, comme les conventions collectives, ne sont pas décidées au niveau des entreprises mais des branches. Au regard du droit social, le critère de liberté des entreprises doit donc être relativisé.

**M. Francis Vercamer.** Cela n'a rien à voir. La branche peut très bien, sur la base d'objectifs précis, recommander certains organismes tout en laissant aux entreprises la liberté d'en choisir d'autres, dès lors qu'elles respectent ces objectifs. La recommandation est une désignation qui ne dit pas son nom, compte tenu de la lourdeur des sanctions fiscales. À n'en pas douter, l'article sera donc censuré par le Conseil constitutionnel.

*La Commission rejette successivement les amendements AS14 et AS62.*

*Puis elle adopte l'article 12 ter sans modification.*

#### *Article 13*

#### **Fixation du taux K**

Le présent article tend à fixer le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde (dit « taux K ») à 0,4 % pour l'année 2014.

\*

*La Commission adopte l'article 13 sans modification.*

#### *Article 14*

(art. 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)

#### **Intégration des déficits de la CNAMTS et de la CNAF dans le champ des reprises de la CADES**

Le présent article élargit aux branches maladie et famille du régime général le périmètre de la reprise de dette par la CADES qui est programmée sur la période 2011-2018.

À la faveur de la réforme des retraites entreprise par le Gouvernement, qui permet d'amorcer une trajectoire de résorption durable des déficits de la branche vieillesse, une marge de manœuvre se dessine s'agissant du financement des déficits globaux à venir du régime général. Le présent article prévoit l'utilisation de cette marge de manœuvre, pour élargir le périmètre de la dette sociale dont le transfert à la CADES est programmé jusqu'en 2018 : alors que le schéma initial de reprise fixé en 2010 se limitait aux seuls déficits de la branche vieillesse et du FSV, qui devaient s'établir à 62 milliards d'euros sur la période, il devient désormais possible d'envisager d'y inclure tout ou partie des déficits constatés et futurs des branches maladie et vieillesse, sans revenir sur ce plafond global de 62 milliards d'euros, pas plus que sur le plafond de 10 milliards d'euros par an.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 14 sans modification.*

#### *Article 15*

(art. L. 131-8, L. 135-3, L. 136-8, L. 137-13, L. 137-14, L. 137-16, L. 137-18, L. 137-19, L. 137-24, L. 139-1, L. 241-2, L. 241-6 et L. 245-16 du code de la sécurité sociale, art. L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, lois n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 et n° 2012-1404 du 17 décembre 2012)

#### **Mesures de transferts de recettes**

Le présent article n'a d'autre finalité que de procéder à un vaste mouvement de transferts de recettes au sein du périmètre des organismes entrant dans le champ de la loi de financement, tout en tirant les conséquences des mesures d'affectation aux organismes concernés des nouvelles recettes liées à la réduction de dépenses fiscales intervenant dans le cadre du projet de loi de finances pour 2014, en l'espèce la baisse du plafond du quotient familial et la soumission à l'impôt sur le revenu de la contribution de l'employeur aux contrats collectifs complémentaires « santé », pour un gain net pour la sécurité sociale de 2 milliards d'euros.

Il s'agit avant tout d'une opération de transferts de recettes au sein des organismes de sécurité sociale et destinée à clarifier leur financement.

En première lecture, outre onze amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté :

– un amendement présenté par les commissaires socialistes, destiné à attribuer à la CNSA un produit supplémentaire de 100 millions d'euros au titre de la CSG dont elle est affectataire, afin de lui permettre de financer les premières mesures qui seront prises en 2014 en application de la future loi d'orientation et de programmation relative à la prévention et la prise en charge de la dépendance. Le produit de CSG affecté au FSV est minoré à due concurrence ;

– un amendement de votre commission, visant à tirer les conséquences du transfert à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) des prestations familiales versées aux assurés relevant du régime agricole ;

– un amendement de votre commission, visant à réparer l’oubli de la référence à la CSG sur les revenus du patrimoine dans la liste des recettes dont l’ACOSS est chargée de centraliser, puis répartir, le produit ;

– et, enfin, un amendement de M. Jean-Marc Germain, prévoyant la remise d’un rapport annuel du Gouvernement au Parlement sur les réformes envisagées en matière de financement de la protection sociale.

\*

*La Commission adopte successivement deux amendements de M. Gérard Bapt, rapporteur : l’amendement AS95, rédactionnel, et l’amendement AS37 corrigeant une erreur de référence.*

*Puis elle examine l’amendement AS26 de Mme Bérengère Poletti.*

**M. Jean-Pierre Door.** L’amendement vise à supprimer la taxe inutile et injuste qui pèsera sur les recettes, dans la perspective d’une réforme de la dépendance repoussée à 2015. Le produit de cette taxe est fléché, non vers la prise en charge de la dépendance, mais vers le FSV, le Fonds de solidarité vieillesse – déficitaire de 2,7 milliards en 2013 –, lequel finance le minimum vieillesse et les cotisations de retraite des chômeurs. Il s’agit d’un véritable détournement de fonds qui devaient financer la perte d’autonomie *via* la contribution additionnelle de solidarité pour l’autonomie, la CASA, et la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA).

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** L’an dernier, le produit de la CASA avait été, à titre exceptionnel, dirigé vers le FSV ; cette année, il finance bel et bien la CNSA. En revanche, le Gouvernement avait proposé de réduire les recettes de la CSG dont la CNSA est affectataire ; mais un amendement de M. Paul, adopté en première lecture, préserve une part importante de ces recettes. Avis défavorable.

*La Commission rejette l’amendement.*

*La Commission est saisie des amendements identiques AS13 de M. Francis Vercamer, AS27 de Mme Bérengère Poletti et AS138 de Mme Dominique Orliac.*

**M. Francis Vercamer.** L’article 15, qui affecte une partie des fonds dédiés à la dépendance des personnes âgées au FSV, est l’un des tours de passe-passe budgétaires et comptables disséminés çà et là dans le PLFSS. Il est regrettable d’avoir à gratter les fonds de tiroir pour équilibrer les recettes des différentes caisses plutôt que pour les consacrer aux actions auxquelles ils devaient être initialement affectés. Une telle facilité comptable ne garantit pas une

gestion saine sur le long terme, et elle inquiète les structures spécialisées dans l'accompagnement de personnes âgées.

L'article 15 montre combien ce PLFSS manque d'orientations claires.

**M. Jean-Pierre Door.** Cet amendement fait office de repli après le rejet de l'amendement 26.

**Mme Dominique Orliac.** Le produit de la CASA, assise sur les pensions de retraites et d'invalidité et sur les préretraites, devait participer exclusivement au financement de mesures en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie. En 2013, il a été affecté au fonds de solidarité vieillesse avec la promesse qu'à partir de 2014, il serait affecté à une nouvelle section de la CNSA dédiée au financement de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie. Or, pour 2014, le PLFSS procède encore à un détournement. L'objet de cet amendement est de l'empêcher.

**M. Christian Paul.** Entre le PLFSS de 2013 et le projet pour 2014, il y a une nette différence dans l'affectation des ressources de la CASA. Nous avons veillé, conformément au souhait exprimé par le conseil d'administration de la CNSA hier matin, à ce qu'il y ait, dès 2014, un renforcement très significatif du programme d'aide à l'immobilier pour les maisons de retraite. L'argent de la CASA ira donc, pour une part substantielle, à l'augmentation du programme immobilier pour les EHPAD, et, pour une autre part, à l'amélioration des services d'aide à domicile. Mesurez bien toutes les conséquences qu'il y aurait à voter ces amendements.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** À l'exception de celui de Mme Orliac, l'exposé sommaire des amendements ne correspond pas à la réalité du tuyautage. L'amendement que nous avons voté en première lecture assure une large capacité d'investissement avant que la loi sur l'autonomie et la dépendance portée par Mme Delaunay n'entre en application. Avis défavorable aux amendements.

**M. Francis Vercamer.** Je ne vois pas la différence entre mon exposé sommaire et celui de Mme Orliac.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS40, AS96, AS97 et AS98 du rapporteur.*

*Elle adopte ensuite l'article 15 modifié.*

*Article 15 bis*

(art. 520 B [nouveau] du code général des impôts)

**Mise en place d'une taxe spécifique sur les boissons énergisantes**

Le présent article est issu d'un amendement présenté par le rapporteur Gérard Bapt, adopté dans un premier temps par votre commission, puis par l'Assemblée nationale en première lecture moyennant l'adoption d'un sous-amendement de notre collègue Gérard Sebaoun. Il institue une taxe spécifique sur les boissons dites énergisantes contenant plus de 220 mg de caféine pour 1 000 ml ou 300 mg de taurine pour 1 000 ml.

Son objectif est de lutter contre la forte consommation de ces boissons, dont la teneur en caféine a des effets très néfastes sur la santé, comme l'ont mis en évidence tant l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) dans son avis rendu public le 6 septembre 2013, que l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) dans un rapport publié le 6 mars 2013.

Au regard des hypothèses de ventes réalisées au titre de ces boissons sur le marché français, la recette attendue de cette taxe pourrait s'élever autour de 60 millions d'euros.

\*

*La Commission est saisie, en présentation commune, des amendements ASI71, ASI70, ASI73 et ASI72 du rapporteur.*

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Cette série d'amendements a pour objet de consolider les bases juridiques de la taxe sur les boissons énergisantes votée par notre assemblée et d'éliminer tout risque de censure par le Conseil constitutionnel.

Le premier déplace la référence à la taxe dans le code général des impôts.

Quant au deuxième, la notion de « boisson énergisante » étant une allégation nutritionnelle au sens du droit du commerce, il propose de retenir plutôt la notion de boissons « dites énergisantes » pour ne pas laisser à celles dont l'étiquetage prétendrait ne pas en relever, la possibilité d'échapper à la taxe.

Le troisième amendement supprime la référence à la taurine puisque, à ce jour, les alertes sanitaires concernent exclusivement la caféine. De toute façon, toutes les boissons visées contiennent toujours taurine et caféine, et il n'est pas exclu que d'autres substances soient ultérieurement visées par nos autorités de sécurité alimentaire.

Enfin, le dernier amendement élargit le champ de la taxe à l'ensemble de ces boissons sucrées, qu'elles le soient au moyen de sucres naturels, ajoutés ou d'édulcorants, rien ne justifiant de limiter ce champ aux seules boissons contenant des sucres ajoutés.

**M. Jean-Pierre Door.** Cette taxe a été votée en première lecture et le Sénat ne l'a pas modifiée. Pourquoi ces amendements ?

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** J'étais à l'origine de cette mesure. Le Gouvernement l'a acceptée, mais il m'a conseillé d'en consolider la sécurité juridique. Voilà donc un bel exemple de coproduction législative, qui ferait plaisir à M. Copé.

**M. Dominique Tian.** Nous sommes là pour examiner les points de désaccord avec le Sénat – et Dieu sait qu'ils sont nombreux –, pas les dispositions votées conformes.

M. Bapt semble mener un combat personnel, comme s'il était investi d'une mission quasi divine. D'abord en guerre contre la taurine, il s'en prend maintenant à la caféine, et pourquoi pas, demain, après une mauvaise nuit, au thé à la menthe ou au café ? Ses allégations ne reposent sur aucun fondement médical.

**Mme Véronique Louwagie.** À mon avis, avec la formule « dites énergisantes », l'amendement AS170 introduit une imprécision qui peut susciter des confusions.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Les modifications ont été demandées par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) et les douanes.

N'en déplaise à M. Tian, qui fait de l'humour triste sur mes lubies, le Sénat a supprimé cette mesure. Je propose de la rétablir en la consolidant juridiquement grâce aux observations d'administrations compétentes.

*La Commission adopte successivement ces quatre amendements.*

*Puis elle adopte l'article 15 bis modifié.*

#### *Article 15 ter*

(art. 1001 du code général des impôts et art. L. 3332-2-1 du code général des collectivités territoriales)

### **Majoration du taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) applicable aux contrats complémentaires santé dits « non responsables »**

Le présent article, issu d'un amendement de M. Gérard Bapt, rapporteur, adopté par votre commission, puis par l'Assemblée nationale en première lecture, propose de majorer le taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) applicable aux contrats complémentaires santé dits « non responsables », pour le porter de 9 à 14 %.

Il s'agit par cette mesure de rétablir une véritable incitation financière en faveur des contrats solidaires et responsables, qui sont aujourd'hui soumis à la

TSCA au taux de 7 %, en créant un écart plus important entre la taxation respective de ces deux types de contrats complémentaires santé.

Le rendement supplémentaire attendu de cette majoration pourrait s'établir à 80 millions d'euros en 2014.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS111 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Il s'agit de rétablir une véritable incitation financière en faveur des contrats solidaires et responsables en diminuant de 7 à 5 % le taux de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) applicable à ces contrats. En contrepartie, l'amendement AS125 proposera d'augmenter la taxe sur les contrats non responsables.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Le Gouvernement a l'intention de creuser, entre les contrats responsables et les autres, l'écart qui s'était amenuisé sous l'effet du rapprochement des taux et de la multiplication des contrats. La refonte du système de complémentaire santé, en vue d'offrir à tous nos compatriotes un accès à une couverture complémentaire de qualité, nous donnera l'occasion d'ouvrir bien d'autres débats. Défavorable.

**M. Francis Vercamer.** Le groupe UDI n'a rien fait pour freiner les débats, madame la présidente. Il n'est pas intervenu lourdement sur les recettes, et encore moins à propos des *lobbies* qui n'ont rien à voir avec le texte mais sur lesquels nous avons perdu un quart d'heure. Du reste, les recettes concernent aussi nos concitoyens, car ce sont eux qui paient.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Nous compterons le temps que nous avons passé sur l'hôpital.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS174 du rapporteur.*

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** La notion de contrat non responsable couvre des contrats individuels de nature différente qui peuvent porter uniquement sur la santé mais aussi sur d'autres prestations, notamment des indemnités journalières. Je propose d'exclure de l'augmentation du taux de TSCA la part concernant la prévoyance, et de n'y soumettre que la part concernant la santé.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AS125 de M. Jean-Louis Roumegas.*

*Puis elle adopte l'amendement de coordination AS175 du rapporteur.*

*Elle adopte enfin l'article 15 ter modifié.*

*Article 16*

(art. L. 6243-3 du code du travail et art. L. 120-26 et L. 120-28 du code du service national)

**Reconfiguration des exonérations en faveur de l'apprentissage, des contrats de service civique et des chantiers d'insertion**

Le présent article modifie les exonérations ou les modalités de leur prise en charge par l'État pour trois catégories d'assurés percevant des rémunérations peu élevées : les apprentis, les volontaires ayant souscrit un contrat de service civique et les personnes travaillant sur des chantiers d'insertion.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant trois amendements rédactionnels.

\*

*La Commission adopte l'article 16 sans modification.*

*Article 17*

**Approbation du montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale**

Conformément aux dispositions organiques, le présent article approuve le montant, figurant dans l'annexe 5 au présent projet de loi, de la compensation par l'État des pertes de recettes résultant, pour les organismes sociaux, des différents mécanismes d'exonération, de réduction ou d'abattement d'assiette en matière de cotisations et contributions sociales.

Ce montant ne porte que sur les exonérations ciblées, et non sur les allègements généraux (« Fillon » et heures supplémentaires) ni sur les exemptions d'assiette.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 17 sans modification.*

*Section 2*

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

*Article 18*

**Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2014**

Conformément aux dispositions organiques (L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale), le présent article, pendant de l'article d'équilibre du projet de loi de finances, retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans un tableau, présenté par branche et établi pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont il propose l'approbation.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant deux amendements rédactionnels.

\*

*La Commission adopte l'article 18 sans modification.*

*Article 19*

**Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2014**

De la même manière que pour les régimes obligatoires de base, et conformément aux dispositions organiques, le présent article retrace l'équilibre financier du régime général, dans un tableau d'équilibre, présenté par branche, dont il propose l'approbation.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant deux amendements rédactionnels.

\*

*La Commission adopte l'article 19 sans modification.*

*Article 20*

**Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV), détermination de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes du FRR et de la section 2 du FSV pour 2014**

Conformément aux dispositions organiques, le présent article :

– porte approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires, en l'occurrence, depuis 2008, du seul Fonds de solidarité vieillesse (FSV);

– détermine l’objectif d’amortissement au titre de l’année à venir des organismes chargés de l’amortissement de la dette sociale, en l’espèce, la Caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES) ;

– prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base, c’est-à-dire, au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et au FSV.

En première lecture, l’Assemblée nationale a adopté cet article moyennant deux amendements rédactionnels.

\*

*La Commission adopte l’article 20 sans modification.*

#### *Article 21*

### **Approbation du rapport sur l’évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)**

Conformément aux dispositions organiques, le présent article approuve le 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 (ONDAM) pour les quatre années à venir, en cohérence avec les perspectives d’évolution des recettes, des dépenses et du solde de l’ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport économique, social et financier joint au projet de loi de finances de l’année. Ce rapport constitue l’état annexé B au projet de loi et porte sur les années 2014 à 2017.

En première lecture, l’Assemblée nationale a adopté cet article moyennant quinze amendements rédactionnels à l’annexe B.

\*

*La Commission adopte successivement les amendements rédactionnels ASI04 et ASI05 du rapporteur.*

*Puis elle en vient à l’amendement ASI06 du même auteur.*

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Cet amendement tire les conséquences de l’adoption par l’Assemblée nationale, en première lecture du PLF, de la suppression de la réduction d’impôt pour frais de scolarité.

*La Commission adopte l’amendement.*

*Elle adopte ensuite l’amendement rédactionnel ASI07 du rapporteur.*

*Puis elle adopte l’article 21 et l’annexe B modifiée.*

### *Section 3*

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

### *Article 22*

(art. L. 131-6-2 et L. 722-4 du code de la sécurité sociale)

#### **Simplifications du mode de calcul des cotisations dues par les travailleurs indépendants**

Le présent article propose de simplifier et d'harmoniser les règles applicables aux modalités de calcul des cotisations sociales dues par les travailleurs indépendants. Il vise plus précisément à intégrer le plus tôt possible les déclarations de revenus dans le calcul des cotisations provisionnelles, comme définitives, pour rapprocher autant que possible la période de paiement des cotisations de la période de perception des revenus qui les a générées.

Outre cette généralisation du mécanisme de la régularisation anticipée des cotisations des travailleurs indépendants, le présent article comporte également une mesure d'alignement des modalités de calcul et de recouvrement des cotisations maladie et maternité des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) sur le régime de droit commun.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant deux amendements qui harmonise au 1<sup>er</sup> janvier 2014 – au lieu du 1<sup>er</sup> janvier 2015 – le régime de la cotisation d'assurance maladie-maternité des PAMC avec celui des autres contributions sociales dues par ces cotisants, afin d'éviter de maintenir pendant une année supplémentaire un système de double déclaration pour ces professions.

\*

*La Commission adopte l'article 22 sans modification.*

### *Article 23*

(art. L. 133-5-5 [nouveau], L. 133-6-7-2 [nouveau], L. 133-8, L. 241-10, L. 243-1-2, L. 612-10, L. 623-1 et L. 722-5 du code de la sécurité sociale, art. L. 1221-121, L. 1271-3, L. 1271-4, L. 1522-1 et L. 1522-4 du code du travail, art. 725-22 du code rural et de la pêche maritime)

#### **Promotion de la déclaration sociale nominative, du chèque emploi service universel dans les DOM et de la dématérialisation**

Le présent article porte sur divers projets de dématérialisation des démarches administratives. Il vise à :

– rendre la déclaration sociale nominative (DSN) obligatoire dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015 pour les entreprises d'une certaine taille ;

– élargir les obligations de démarches dématérialisées ;

– étendre l’usage du chèque emploi service universel (CESU) dans les départements d’outre-mer.

En première lecture, l’Assemblée nationale a adopté six amendements rédactionnels, ainsi que :

– un amendement de votre commission, visant à étendre à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon la déduction majorée de cotisations et contributions sociales d’origine légale et conventionnelle des particuliers employeurs applicable aux DOM ;

– et un amendement du Gouvernement, qui vise d’une part, à préciser que le document remis par le centre national CESU au salarié vaut bien bulletin de paie et, d’autre part, à offrir au salarié la possibilité, lorsqu’il effectue un certain nombre d’heures, de demander le versement de l’indemnité de congés payés lors de la prise effective du congé.

\*

*La Commission est saisie de l’amendement AS43 de M. Dominique Tian.*

**Mme Véronique Louwagie.** Face à un engorgement prévisible des services, la généralisation de la déclaration sociale nominative (DSN), initialement prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2016, se fera finalement par étapes, l’article 23 anticipant l’échéance pour certaines entreprises en la fixant au 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Tout en prenant en compte le risque d’engorgement, nous proposons de laisser six mois de plus aux entreprises pour réagir face à la charge que représentent ces nouvelles dispositions, et de repousser la date au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

*Suivant l’avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l’amendement.*

*Puis elle **adopte** l’article 23 **sans modification**.*

#### *Article 23 bis*

(art. L. 162-17-2-1, L. 162-17-4, L. 162-17-4-1, L. 162-17-7, L. 162-17-8, L. 165-1-2, L. 165-3, L. 165-5, L. 165-8-1 et L. 165-13 du code de la sécurité sociale)

#### **Compétence des URSSAF pour le recouvrement contentieux des pénalités financières relatives aux produits de santé remboursables**

Le présent article est issu d’un amendement du Gouvernement, adopté par l’Assemblée nationale en première lecture, et qui a pour objet de donner compétence aux URSSAF pour l’ensemble de la procédure de recouvrement des pénalités financières prévues par le code de la sécurité sociale en matière de produits de santé remboursables : les URSSAF ne sont en effet, en l’état actuel des textes, compétentes que pour le recouvrement amiable de ces pénalités. Dès lors que les délais de paiement ne sont pas respectés, un recouvrement contentieux

forcé devient nécessaire, qui relève alors des comptables du Trésor public. Le présent article propose donc de permettre que cette procédure de recouvrement contentieux incombe également aux URSSAF.

\*

*La Commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS41 du rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 23 bis **modifié**.*

#### *Article 24*

### **Affectation à la Caisse nationale d'assurance maladie des excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières**

Le présent article prévoit le transfert d'une partie des réserves de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières vers la Caisse nationale d'assurance maladie. Il est ainsi prévu d'opérer un prélèvement vers la CNAMTS de 65 % des réserves de la section des actifs de la CAMIEG constatées au 31 décembre 2013. Le versement doit être opéré le 31 janvier 2014 au plus tard. Le montant du transfert est estimé par l'étude d'impact à environ 170 millions d'euros.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement de suppression AS140 de M. Jean-Noël Carpentier.*

**M. Jean-Noël Carpentier.** Depuis plusieurs années, l'État ponctionne les excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques (Camieg). Cette année, la ponction prévue atteindra 170 millions. Nombre de salariés s'inquiètent, et souhaitent négocier en contrepartie avec le Gouvernement l'amélioration des prestations qui leur sont versées.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Dans la situation budgétaire où nous sommes, il serait de très mauvais aloi de laisser des réserves inutilisées dans quelque organisme public que ce soit. La Camieg étant structurellement excédentaire, il a été décidé, d'une part, d'augmenter le niveau des prestations de complémentaire santé de 15 millions, d'autre part, de baisser les cotisations pour les actifs de 25 % afin de revenir à une situation d'équilibre structurel. Un prélèvement des fonds de la section des actifs vers la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est proposé au titre de la solidarité avec le régime général.

**M. Francis Vercamer.** Voilà une injustice sociale flagrante : comme une caisse particulière est excédentaire, on augmente les prestations servies aux bénéficiaires et on diminue leurs cotisations. Et les autres Français ? Est-ce là de la justice sociale ? Mieux vaudrait supprimer tous ces régimes spéciaux et faire une même caisse !

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** C'est là un autre débat. Quant à la solidarité avec le régime général, les agents concernés y contribuent à hauteur de 170 millions.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 24 sans modification.*

#### *Article 25*

(art. 38 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012)

### **Reconduction pour la période 2014-2017 de l'avance consentie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines**

Le présent article prévoit de prolonger, de 2014 à 2017, l'avance de trésorerie consentie par l'ACOSS à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) dans la limite du plafond de 250 millions d'euros prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement visant à garantir la continuité des droits des salariés du régime minier qui peuvent être amenés, dans le cadre de la recomposition actuelle du régime et, en particulier de l'offre de soins, à voir leurs activités transférées à d'autres structures : il est ainsi proposé un droit d'option pour ces salariés, qui auront le choix entre le transfert de leur contrat dans le statut ou la convention du nouvel employeur – le cas échéant, assorti d'une compensation au titre des avantages viagers en nature dont bénéficiait le salarié – et le maintien du contrat en cours avec mise à disposition par le régime des mines.

\*

*La Commission adopte successivement l'amendement rédactionnel AS108 et l'amendement de précision AS99 du rapporteur.*

*Puis elle adopte l'article 25 modifié.*

#### *Article 26*

### **Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt**

Conformément aux dispositions organiques, le présent article arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources. Il porte donc habilitation de certains régimes et organismes à recourir à des ressources non permanentes.

Sept régimes ou organismes bénéficieront d'une telle habilitation : le régime général, le régime agricole (CCMSA), la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM), la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF et la Caisse de retraite du personnel de la RATP.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement ramenant de 4,2 milliards d'euros à 3,5 milliards d'euros le plafond d'emprunt de la CCMSA, afin de tenir compte du transfert à la Caisse, en lieu et place du produit de la taxe sur les véhicules des sociétés (TVS), d'une fraction du produit des droits tabacs, dont le rendement est plus étalé dans le temps que celui de la TVS, ce qui doit permettre de réduire le point bas de la trésorerie du régime et permettre une nette amélioration des conditions de financement de la dette de la CCMSA.

\*

*La Commission adopte l'article 26 sans modification.*

*Puis elle adopte la troisième partie du projet de loi.*

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

### *Section 1*

#### ***Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie***

##### *Article 27 A*

#### **Instauration d'un cadre général d'expérimentation des parcours de soins**

Le présent article, adopté en première lecture par l'Assemblée nationale sur la proposition de votre rapporteur, vise à poser un cadre général applicable à l'ensemble des expérimentations mises en place en vue de définir des parcours de soins.

Alors que le Parlement est aujourd'hui amené à autoriser, chaque année, des dérogations aux règles de facturation et de tarification des actes prévues par le code de la sécurité sociale afin de permettre la mise en œuvre d'expérimentations spécifiques portant sur tel ou tel public (les personnes âgées en risque de perte d'autonomie en 2013) ou telle ou telle maladie (l'insuffisance rénale chronique ou le cancer traité par radiothérapie cette année), l'objectif poursuivi au travers de ce dispositif est de donner la possibilité au Gouvernement d'expérimenter plus largement en prévoyant un principe général d'expérimentation des parcours autorisant le recours à des dérogations tarifaires et d'organisation des soins. Cet

article précise les conditions de mise en œuvre des expérimentations (durée, périmètre, cahier des charges, échanges de données) et prévoit une évaluation finale transmise au Parlement, tout en renvoyant à un décret en Conseil d'État le soin de définir précisément les modalités concrètes de ces expérimentations.

Comme votre rapporteur l'a indiqué lors des débats en commission en première lecture, dans le cadre de la stratégie nationale de santé, il est impératif « *de décloisonner, d'assurer une meilleure prise en charge des maladies chroniques, de favoriser une meilleure coordination entre professionnels de santé, comme entre professionnels et établissements. Ce sont là des réformes structurelles, mais qui doivent être progressives : l'étape de l'expérimentation est donc cruciale* ».

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS155 du rapporteur.*

**M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie.** Cet amendement vise à préciser le champ du dispositif d'expérimentation adopté en première lecture, en le faisant porter sur les maladies chroniques.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS156 du rapporteur.*

**M. Christian Paul, rapporteur.** Là encore, il s'agit de préciser le champ des dérogations aux règles tarifaires et de facturation autorisées dans le cadre des expérimentations de parcours de soins.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 27 A modifié.*

#### *Article 27*

(art. 44 de la loi n° 2007-1786 et art. L-162-14-2 du code de la sécurité sociale)

#### **Rémunération de l'exercice pluriprofessionnel**

Le présent article vise, en premier lieu, à repousser d'un an, au 1<sup>er</sup> janvier 2015, la durée des expérimentations en cours portant sur les nouveaux modes de rémunération, afin de laisser une année supplémentaire pour que les négociations sur les modalités de pérennisation de ces rémunérations entre l'Assurance maladie et les professionnels concernés aboutissent.

Cet article prévoit en second lieu la possibilité de recourir à un règlement arbitral en cas d'échec de ces négociations (article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale).

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS44 de M. Dominique Tian.*

**Mme Véronique Louwagie.** L'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale prévoit, en cas de rupture des négociations conventionnelles ou d'opposition à une nouvelle convention, la possibilité d'un règlement arbitral approuvé par les ministres.

La mise en œuvre des nouveaux modes de rémunération exige un engagement fort des syndicats représentant les professionnels de santé concernés, et nécessite une négociation conventionnelle interprofessionnelle. Le passage en force *via* un règlement arbitral est inutilement provocateur et risque de compromettre la réussite de cette démarche.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Avis défavorable à cet amendement, déjà rejeté en première lecture. Il n'est pas question de provocation. Le règlement arbitral existe dans beaucoup de conventions en matière d'assurance maladie, et c'est ce qui fait avancer les choses.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 27 sans modification.*

*Article 27 bis*

**Instauration d'un principe d'équité de rémunération  
entre les centres de santé et les professionnels de santé libéraux**

Le présent article, introduit en première lecture à l'initiative de M. Christian Paul, rapporteur, vise à modifier l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale afin de prévoir une équité de rémunération entre les centres de santé et les professionnels libéraux, reposant sur une transposition régulière aux centres de santé des éléments de rémunération octroyés aux professionnels libéraux (I). Il prévoit en outre un délai de neuf mois pour que l'accord de 2003, conclu entre les centres de santé et l'Assurance maladie et jamais renégocié depuis, soit révisé, conformément aux recommandations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de juillet 2013 sur « *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain* » (II).

\*

*La Commission adopte l'article 27 bis sans modification.*

*Article 28*

(art. L. 4011-1-1, L. 4011-1-2 [nouveaux] et L. 4011-2 du code de la santé publique et art. L. 161-37 du code de la sécurité sociale)

**Réforme du cadre d'autorisation des coopérations  
entre professionnels de santé**

Dans le but de renforcer le développement des coopérations entre professionnels de santé, le présent article introduit la possibilité d'un financement dérogatoire des protocoles de coopération. Un collège de financeurs, composé de représentants de l'assurance maladie et de l'État, sera ainsi appelé à émettre un avis sur le modèle économique de ces protocoles et sur leur éligibilité à un financement. Une évaluation *a posteriori* de tous les protocoles est également prévue afin de vérifier la pertinence de l'évaluation sanitaire et médico-économique préalablement réalisée, et, en fonction du résultat, soit d'arrêter la coopération, soit d'attribuer un financement dérogatoire ou bien pérenne, *via* l'inscription dans les nomenclatures des actes.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements visant, notamment, à prévoir un appui des agences régionales de santé (ARS) pour l'élaboration par les professionnels de santé des modèles économiques afférents aux protocoles de coopération et à préciser le rôle de la Haute Autorité de Santé dans l'évaluation de ces protocoles.

Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a également prévu que ce nouveau dispositif bénéficie tant aux protocoles de coopération autorisés après la promulgation de la présente loi qu'aux protocoles en cours d'autorisation ou déjà autorisés.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement de suppression AS45 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** La mise en place d'un collège des financeurs appelé à autoriser un financement dérogatoire des protocoles n'a pas fait l'objet d'une concertation aboutie avec les professionnels de santé. Nous comprenons qu'ils rejettent massivement cette mesure.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Visiblement, la pédagogie dont j'avais usé vis-à-vis de M. Tian a échoué en première lecture. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS157 et AS158 du rapporteur.*

*Elle adopte enfin l'article 28 modifié.*

*Article 29*

**Expérimentation de financement d'actes de télémédecine**

Pour amplifier le développement effectif des usages de la télémédecine en dehors du strict cadre des établissements de santé, il est proposé au présent article de lancer une expérimentation de financement dérogatoire par l'assurance maladie des actes de télémédecine réalisés en ville et au sein de structures médico-sociales.

Sur proposition de votre rapporteur, l'Assemblée nationale a prévu que l'expérimentation ne se limite pas *a priori* aux actes de télé-expertise, téléconsultation et télésurveillance. Elle a en outre permis, grâce à des amendements communs de la plupart des groupes politiques, d'associer pleinement les pharmaciens d'officine à l'expérimentation.

\*

*La Commission examine l'amendement AS12 de M. Francis Vercamer.*

**M. Francis Vercamer.** Depuis la première lecture, je persiste et signe : la télémédecine doit d'abord fonctionner dans les déserts médicaux.

**M. le rapporteur.** Avis défavorable. La télémédecine doit évidemment se déployer dans les déserts médicaux mais pas seulement.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 29 sans modification.*

*Article 29 bis*

**Rapport annuel sur l'accès aux soins**

À l'initiative du groupe Écolo, l'Assemblée nationale a introduit au présent article une obligation pour le Gouvernement de présenter chaque année au Parlement, avant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, un rapport portant sur l'accès aux soins, tant dans sa dimension géographique (déserts médicaux) que financière (disparités financières et zones particulièrement exposées aux dépassements d'honoraires). Ce rapport doit également comprendre une évaluation de l'expérimentation du dispositif de praticien territorial de médecine générale introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

\*

*La Commission adopte successivement les amendements rédactionnels AS159, AS160 et AS161, ainsi que l'amendement de précision AS162 du rapporteur.*

*Elle adopte ensuite l'article 29 bis modifié.*

*Article 30*

(art. L. 722-6 et L. 722-8-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Amélioration de la protection sociale des professionnelles de santé en cas d'arrêt maladie lié à la grossesse**

Le présent article propose d'améliorer le régime de protection sociale des professionnelles de santé en introduisant le principe du versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail lié à la grossesse au bénéfice des femmes médecins ou auxiliaires médicales relevant du régime général (PAMC).

L'Assemblée nationale a adopté cet article en première lecture avec deux modifications rédactionnelles.

\*

*La Commission adopte l'article 30 sans modification.*

*Article 31*

(art. L. 322-5-5)

**Régulation et expérimentation de nouveaux modes d'organisation du transport des patients**

Cet article vise à simplifier la mise en œuvre des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos) en matière de transports sanitaires en supprimant l'analyse préalable du non-respect du critère de prescription du mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient.

Il propose par ailleurs de mettre en place une nouvelle expérimentation relative à l'organisation et à la régulation des transports.

En première lecture, l'Assemblée nationale a souhaité ne pas supprimer totalement toute analyse de la pertinence des prescriptions de transport et a en conséquence adopté un amendement, proposé par M. Christian Paul, rapporteur, visant à réintroduire cette analyse dans le cadre du volet « amélioration des pratiques » du contrat.

\*

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel ASI63 du rapporteur.*

*Puis elle adopte l'article 31 modifié.*

*Article 32*

(art. L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, art. L. 1433-1 du code de la santé publique et art 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986)

**Suppression du fonds d'intervention  
pour la qualité et la coordination des soins**

Afin de rationaliser l'intervention de l'État et l'utilisation des fonds de l'assurance maladie et, eu égard à la place prépondérante désormais occupée par le fonds d'intervention régional (FIR) dans le financement des actions mises en œuvre au niveau régional en faveur d'une meilleure organisation de notre système de soins, le présent article propose de supprimer le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article assorti de deux amendements de précision.

\*

*La Commission adopte l'article 32 sans modification.*

*Article 33*

(art. L. 162-22-8-1 [nouveau], L. 162-26-1, l. 162-22-9-2 [nouveau] et L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale)

**Réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé**

Le présent article introduit trois réformes de la tarification des établissements de santé :

– il prévoit tout d'abord un financement adapté des activités « isolées » réalisées par des établissements de santé situés dans des zones à faible densité de population ;

– il donne ensuite la possibilité aux médecins salariés des établissements de santé privés d'avoir des consultations externes à l'instar des praticiens hospitaliers et des médecins libéraux exerçant en cliniques ;

– enfin, il instaure un mécanisme de dégressivité des tarifs visant à tempérer certains effets inflationnistes de la T2A en appliquant aux établissements responsables de dérives en termes de volume d'activité un coefficient minorant les tarifs des activités concernées.

Sur proposition de votre rapporteur, l'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements dont un qui vise à préciser le dispositif de dégressivité en indiquant qu'il doit tenir compte des créations ou regroupements d'activités et un autre qui prévoit la remise d'un rapport au Parlement, avant la fin du premier semestre 2014, faisant état des travaux en cours sur la tarification à l'activité et portant notamment sur les modalités de prise en compte de la pertinence et de la qualité des soins dans la T2A.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement de suppression AS11 de M. Francis Vercamer.*

**M. Francis Vercamer.** Le mécanisme de financement dérogatoire des hôpitaux ayant une faible activité nous laisse sceptiques dès lors qu'il ne s'accompagne pas d'une réelle redéfinition de l'offre hospitalière dans les territoires. Cette refonte devrait s'appuyer sur une répartition cohérente des établissements sur les territoires, une plus grande complémentarité entre les établissements existants ainsi qu'une offre de services assurant la qualité et la sécurité des soins dans l'intérêt des patients. Or, dans ce projet de loi, on ne distingue pas la stratégie du Gouvernement en matière d'offre hospitalière.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Le PLFSS a précisément pour objectif de procéder au lancement de la stratégie nationale de santé. Nous avons déjà rejeté cet amendement en première lecture. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS76 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Vous connaissez notre attachement au principe de la tarification à l'activité, dite T2A. Vous créez une nouvelle possibilité de dotation forfaitaire pour les établissements situés dans des zones à faible densité pour compenser un faible nombre d'actes. En revanche, la dégressivité des tarifs pourrait être décidée sur certains actes, ce qui pourrait se révéler pénalisant pour des établissements dynamiques et remettre en cause le principe de la T2A. En la matière, nos philosophies sont différentes.

**M. Christian Paul, rapporteur.** L'addiction de M. Door à la T2A est une maladie de longue durée. Avis défavorable.

**M. Dominique Tian.** La proposition de loi relative à l'aide médicale d'État avait proposé un moyen de faire faire des économies à l'hôpital public en passant à un système de tarification à la pathologie. C'est la reconnaissance que le passage à la T2A dans les hôpitaux publics engendre des économies.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Vous avez replongé, monsieur Tian !

**M. le rapporteur.** L'addiction de M. Tian à l'AME ne se dément pas. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*La Commission examine l'amendement AS141 de Mme Dominique Orliac.*

**M. Jean-Noël Carpentier.** Cet amendement vise à associer les fédérations hospitalières représentatives à la détermination des critères d'éligibilité des établissements de santé au nouveau mode de financement. Ils seront ainsi plus lisibles et partagés par les professionnels.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Nous avons déjà débattu de cet amendement en première lecture. Une large concertation doit entourer les restructurations hospitalières, mais ce n'est pas avec les fédérations hospitalières qu'elle doit être menée. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS46 de M. Dominique Tian.*

*Elle est alors saisie de l'amendement AS29 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Nous tenons à défendre le principe de la T2A, qui s'applique dans tous les pays européens.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS143 de M. Jean-Noël Carpentier.*

**M. Jean-Noël Carpentier.** N'en déplaise à M. Tian, les actes médicaux ne se réduisent pas à une succession d'actes administratifs visant à accroître les volumes financiers. Nous proposons donc que le mécanisme de dégressivité des tarifs repose sur des critères de pertinence médicale.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS164 de M. Christian Paul, rapporteur.*

*En conséquence, l'amendement AS144 de M. Jean-Noël Carpentier tombe.*

*La Commission examine l'amendement AS112 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Conformément aux engagements du Président de la République, la loi de financement pour 2013 a abrogé la convergence tarifaire ; mais en introduisant un principe de modulation des tarifs en fonction de la catégorie d'établissement, elle l'a *de facto* rétablie. Cet amendement vise donc à supprimer définitivement le mécanisme de la convergence tarifaire.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite les amendements identiques AS113 de M. Jean-Louis Roumegas et AS145 de M. Jean-Noël Carpentier.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Dans le même esprit que le précédent, l'amendement AS113 vise à supprimer les différences de traitement entre catégories d'établissements opérées *via* le mécanisme du coefficient prudentiel. Il s'agit d'aller jusqu'au bout de l'abrogation de la convergence tarifaire annoncée par le Président de la République.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Je crains que vous ne fassiez une confusion entre la proposition du Gouvernement d'instaurer une dégressivité des tarifs dans certaines conditions, dont nous avons parlé en première lecture, et les coefficients de réserves prudentielles. Certes, ils concernent tous les deux les tarifs, mais c'est bien leur seul point commun.

*La Commission rejette les amendements.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette successivement l'amendement AS126 de M. Jean-Louis Roumegas et l'amendement AS47 de M. Dominique Tian.*

*Elle adopte l'article 33 modifié.*

#### *Article 33 bis*

(art. L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale)

### **Élargissement du dispositif de mise sous accord préalable des soins de suite et de réadaptation**

Le présent article, introduit en première lecture par un amendement du Gouvernement, vise à adapter la procédure existante de mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR) afin de faire porter le dispositif, non seulement sur l'établissement qui délivre les soins, mais également sur l'établissement qui prescrit les soins.

Rappelons que la mise sous accord préalable vise à permettre à l'agence régionale de santé (ARS), sur proposition de l'assurance maladie et après une procédure contradictoire, de subordonner la prise en charge de prestations d'hospitalisation à un accord préalable du contrôle médical de l'assurance maladie pendant une période de six mois, lorsque l'établissement de santé n'a pas assez développé la prise en charge ambulatoire, s'il facture des prestations non conformes aux référentiels de la Haute Autorité de Santé ou si le nombre de prestations facturées est significativement supérieur aux moyennes.

\*

*La Commission adopte successivement les amendements rédactionnels AS165 et AS166 de M. Christian Paul, rapporteur.*

*Elle adopte l'article 33 bis modifié.*

*Article 34*

**Expérimentation de la tarification au parcours pour l'insuffisance rénale chronique et le traitement du cancer par radiothérapie**

Le présent article vise à mettre en place de deux nouvelles expérimentations de parcours de soins :

– l'une, mise en œuvre au niveau régional, dans le cadre de la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC) ;

– l'autre, au niveau national, pour les patients atteints d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe.

Lors de l'examen en première lecture, l'Assemblée nationale a complété le dispositif proposé pour l'expérimentation IRC en adoptant un amendement du Gouvernement visant à étendre son champ à la dialyse à domicile : l'objectif est de permettre à des prestataires, placés sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'Ordre, de mettre à disposition des patients le matériel nécessaire à la dialyse péritonéale.

\*

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS167 de M. Christian Paul, rapporteur.*

*Puis, elle adopte l'article 34 modifié.*

*Article 35*

(art. L. 174-1-2 [nouveau] et art. L. 1435-9 du code de la santé publique)

**Fongibilité entre sous-objectifs de l'ONDAM**

Le présent article propose d'introduire davantage de souplesse dans l'utilisation au niveau régional des crédits provenant des différents sous-objectifs de l'ONDAM en autorisant des transferts de crédits entre la dotation annuelle de financement (DAF) des établissements non tarifés à l'activité (établissements anciennement sous dotation globale exerçant des activités de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie, et unités de soins de longue durée) et le fonds d'intervention régional (FIR), dans la limite de 1 % du montant de chacune des dotations.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels à cet article.

\*

*La Commission adopte l'article 35 sans modification.*

*Article 36*

(art. L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 174-2, L. 174-12, L. 174-15-1, L. 175-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale et article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003)

**Modalités de répartition des charges hospitalières entre régimes d'assurance maladie et report de la facturation individuelle des établissements de santé**

Le présent article réforme les modalités de répartition des dépenses hospitalières entre les risques et les régimes d'assurance maladie, d'une part, en fixant le principe d'une répartition des dépenses hospitalières sur la base des informations disponibles dans le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) et, d'autre part, en renvoyant à un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale pour fixer la clé de répartition (I).

Cet article modifie également l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 afin de préciser, d'une part, que la date de passage à la facturation individuelle à l'Assurance maladie pour les établissements de santé, fixée l'an passé au 1<sup>er</sup> mars 2016, ne concerne que les actes et consultations individuelles et, d'autre part, que les autres prestations hospitalières basculeront dans le dispositif, au plus tard, le 1<sup>er</sup> mars 2018 (II).

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements, rédactionnels et de coordination, à cet article.

\*

*La Commission est saisie des amendements identiques AS10 de M. Francis Vercamer, AS30 de M. Jean-Pierre Door et AS88 de M. Laurent Marcangeli visant à supprimer cet article.*

**M. Francis Vercamer.** La facturation individuelle avait été introduite par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, sous la forme d'une expérimentation. Il est regrettable que le texte prolonge cette dernière, qui doit normalement s'achever en 2015.

**M. Jean-Pierre Door.** Le caractère opaque et très variable sur le territoire des modalités de fixation des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux entretient le « maquis tarifaire ». Les caisses d'assurance maladie regrettent cette absence de transparence. Le nouveau système devait être généralisé au 1<sup>er</sup> janvier 2013, cette généralisation a déjà été reportée ; tout nouveau report serait préjudiciable à un meilleur contrôle par l'assurance maladie et à l'équité entre le privé et le public.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Cet amendement a été repoussé en première lecture, au terme de longs débats. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 36 sans modification.*

*Article 37*

**Expérimentation de la délivrance des médicaments à l'unité**

Le présent article vise à expérimenter la délivrance à l'unité des antibiotiques dans les officines de pharmacie.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté divers amendements ayant pour conséquence :

– de réduire la durée de l'expérimentation, initialement prévue pour quatre ans, à trois années ;

– de préciser par décret les modalités d'engagement de la responsabilité des acteurs de la filière pharmaceutique ainsi que les modalités d'information du patient ;

– de soumettre l'adoption de ce décret à la consultation préalable des professionnels concernés ;

– d'ajouter dans le rapport remis au Parlement par le Gouvernement le bilan de l'impact de l'expérimentation sur l'organisation de la filière pharmaceutique.

\*

*La Commission examine les amendements de suppression AS9 de M. Francis Vercamer et AS59 de M. Jean-Pierre Barbier.*

**M. Francis Vercamer.** Les dispositions relatives à l'expérimentation de la vente à l'unité de certains médicaments – les antibiotiques – dans les officines de pharmacie ne nous semblent pas avoir gagné en clarté au cours du débat. Avant de nous lancer dans cette expérimentation, il convient de conduire une étude précise sur les conséquences qu'elle pourrait emporter en termes de réduction de l'automédication, pour la sécurité du patient et les industriels du secteur, et enfin sur les économies qui peuvent en être attendues.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS56 du rapporteur.*

*Elle **adopte** enfin l'article 37 **modifié**.*

*Article 38*

(art. L. 5125-23-2 [nouveau], L. 5121-1, L. 521-10-2, L. 5121-20 du code de la santé publique et L. 162-16 du code de la sécurité sociale)

**Promotion des médicaments biologiques similaires**

Le présent article vise à encadrer la diffusion des médicaments biologiques similaires. Pour ce faire, il prévoit l'établissement d'un répertoire des groupes biologiques similaires et autorise, tout en l'encadrant, la substitution par les pharmaciens des médicaments biosimilaires aux médicaments prescrits.

En première lecture, l'Assemblée nationale a apporté des modifications au texte initial.

Ainsi, le répertoire des groupes biologiques similaires serait élaboré par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et préciserait le nom des médicaments biosimilaires, leur dosage, leur posologie et leur indication thérapeutique.

Par ailleurs, le médecin pourrait inscrire sur la prescription la mention « en initiation de traitement » ou « en continuité d'un traitement déjà initié avec ce même médicament biologique similaire » afin de renforcer l'information du pharmacien. Enfin, la responsabilité du prescripteur en matière de substitution serait précisée. En effet, le médecin devrait faire apparaître une mention expresse sur la première prescription d'un médicament biologique. Il serait également tenu, sauf si cela est contraire à l'intérêt du patient, de prescrire lors du renouvellement le médicament biologique délivré au patient en initiation de traitement et de mentionner le caractère non substituable de cette prescription. Le médecin conserverait dans tous les cas la possibilité de s'opposer à la substitution par un médicament biosimilaire grâce à une mention manuscrite sur la prescription.

\*

*La Commission est saisie des amendements de suppression AS8 de M. Francis Vercamer, AS31 de M. Jean-Pierre Door et AS89 de M. Laurent Marcangeli.*

**M. Francis Vercamer.** Cet article autorise le pharmacien à délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire en initiation de traitement, ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire.

Un biosimilaire est un médicament biologique similaire à un médicament de référence, mais non identique. Au sens de la réglementation actuelle, les médicaments de référence et les médicaments biosimilaires ne sont donc pas substituables par le pharmacien.

Le développement des médicaments biosimilaires doit s'opérer dans des conditions spécifiques, respectueuses de la sécurité des patients. La prescription d'un médicament biologique par le médecin est très technique et tient compte du

profil du patient. La substitution par le pharmacien, même en initiation de traitement, n'est pas appropriée : les médicaments biosimilaires peuvent présenter des risques pour le patient, notamment une baisse des défenses immunitaires. En cas d'accident, la question de la responsabilité du pharmacien se posera donc.

En outre, le texte ne prévoit pas de disposition permettant au médecin traitant de s'opposer à une telle substitution. Ces incertitudes et ces risques justifient la suppression de l'article.

**M. Jean-Pierre Door.** Un biosimilaire n'est pas un médicament comme les autres : il est similaire à un médicament biologique de référence – produit à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant ou dérivé de ceux-ci – qui a déjà été autorisé en Europe et dont le brevet est tombé dans le domaine public. Si les hormones de croissance ou l'érythropoïétine (EPO) sont désormais classiques, les prochains médicaments biosimilaires seront différents : il s'agira surtout d'anticorps monoclonaux, qui peuvent entraîner des immunités et de nombreux effets secondaires. Il convient donc d'être très prudent, comme le recommande l'ANSM, d'autant qu'aucun pays européen ne s'est encore engagé dans cette démarche.

**M. Laurent Marcangeli.** Les biosimilaires ne peuvent être assimilés à des génériques.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Chacun a conscience de l'importance du sujet. C'est précisément pour cette raison qu'il fallait encadrer la diffusion des médicaments biologiques similaires – ce que fait cet article 38. Vous comprendrez donc que j'émette un avis défavorable sur ces amendements que nous avons déjà repoussés en première lecture. Nous poursuivrons le débat en séance publique si vous le souhaitez, mais il me semble que tous les arguments ont déjà été amplement développés.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS7 de M. Francis Vercamer.*

**M. Francis Vercamer.** Cet amendement de repli vise à supprimer l'obligation faite au prescripteur de refuser la substitution d'un médicament biologique « sous forme exclusivement manuscrite », qui apparaît comme un anachronisme à l'heure du numérique.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Cette obligation est une forme de sécurisation pour le pharmacien. Vous ne disiez d'ailleurs pas autre chose tout à l'heure.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS21 de M. Jean-Pierre Barbier et AS48 de M. Dominique Tian.*

**M. Jean-Pierre Barbier.** Ainsi que l'a rappelé l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), les biosimilaires ne sont pas des médicaments génériques. Ils nécessitent une procédure différente : le patient doit être naïf de tout traitement. Or, il sera très difficile aux pharmaciens d'officine de s'en assurer.

J'ajoute que nous devons veiller à ne pas entraver le développement de l'industrie du biosimilaire. On parle sans cesse de la réindustrialisation de notre pays : n'oublions pas l'industrie pharmaceutique !

**Mme Véronique Louwagie.** Les pathologies traitées par les médicaments biologiques similaires relèvent pour l'essentiel de la médecine hospitalière. C'est pourquoi les initiations de traitement sont réalisées par des prescripteurs hospitaliers. Pour garantir la sécurité des patients, il convient donc de réserver la substitution des médicaments biologiques similaires aux pharmaciens hospitaliers.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Défavorable. Le principe de précaution me conduit à une conclusion différente de la vôtre : laisser subsister un vide juridique me semble plus dangereux que d'autoriser les pharmaciens d'officine à procéder à cette substitution.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle examine l'amendement AS63 de M. Jean-Pierre Barbier.*

**M. Jean-Pierre Barbier.** Je comprends donc que pour vous, la ville et l'hôpital doivent être logés à la même enseigne, monsieur le rapporteur.

Vous savez que pour les génériques, le prescripteur doit porter la mention « non substituable » sur la prescription pour que le pharmacien ne procède pas à une substitution. Le biosimilaire n'étant pas un médicament générique, il est logique que la procédure qui autorise la substitution soit différente. Le prescripteur devrait apposer sur l'ordonnance la mention manuscrite « substituable » pour autoriser celle-ci.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Défavorable. Nous avons déjà eu de longs débats sur cette question, et nous sommes parvenus à une rédaction équilibrée en ce qui concerne la responsabilité des uns et des autres. Pour que la substitution soit possible, le médecin doit l'avoir explicitement autorisée, qu'il s'agisse d'une initiation de traitement ou d'une continuation. Votre amendement est donc satisfait par celui que nous avons adopté en première lecture.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite, en discussion commune, l'amendement AS64 de M. Jean-Pierre Barbier et les amendements identiques AS35 de M. Jean-Pierre Barbier et AS49 de M. Dominique Tian.*

**M. Jean-Pierre Barbier.** Ce serait une sécurité supplémentaire que le pharmacien inscrive le nom du *princeps* sur le conditionnement extérieur du produit délivré en substitution. Quant à l'amendement AS35, il vise à garantir l'information du patient. Les amendements que je défends, au nom ou avec le soutien de mon groupe, n'ont qu'un seul objectif : sécuriser la délivrance des biosimilaires.

**Mme Véronique Louwagie.** Il convient que le pharmacien n'informe pas seulement le prescripteur, mais aussi le patient, de la substitution.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** En cas de substitution, le patient est nécessairement informé.

**Mme Véronique Louwagie.** Il constate la substitution, c'est un fait. Mais en prend-il véritablement la mesure si elle ne lui est pas signalée comme telle ? Puisque vous êtes attentifs à l'information du patient, autant l'écrire dans le texte.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Je partage l'avis éclairé de Mme la présidente : cela fait partie de l'obligation générale d'information du pharmacien. Défavorable.

**Mme Véronique Louwagie.** Cela irait tout de même mieux en le disant.

*La Commission rejette successivement l'amendement AS64 et les deux amendements identiques.*

*Elle en vient à l'amendement AS65 de M. Jean-Pierre Barbier.*

**M. Jean-Pierre Barbier.** Lorsqu'on parle de génériques, il n'y a pas de doute : la substitution d'une molécule par une autre ne pose aucun problème. Mais il n'en va pas de même pour les biosimilaires : compte tenu des recommandations de l'ANSM, nous ne pouvons écarter le risque d'effets secondaires indésirables en cas de substitution. Dès lors, il paraît normal que le pharmacien informe le patient de cette substitution, de même qu'un chirurgien informe son patient des risques qu'il court en subissant telle opération. S'il ne le fait pas, qui sera responsable du défaut d'information du patient ? Encore une fois, les risques de la substitution ne sont pas les mêmes qu'avec un générique.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Vous faites erreur, monsieur Barbier. Avec les médicaments génériques, il ne s'agit pas de substituer une molécule à une autre : la molécule est la même.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Pardon pour ce lapsus, madame la présidente.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Nous avons à notre disposition plusieurs notes et rapports de l'ANSM, et nous avons déjà longuement débattu des avantages et des risques des biosimilaires. La question qui se pose au législateur est celle de l'encadrement des substitutions qui commencent à se développer. C'est un sujet nouveau et délicat, sur lequel il faut avancer avec prudence. Nous ne nous départirons pas de cette prudence en votant une nouvelle fois l'article 38 tel qu'il a été voté en première lecture.

**M. Jean-Pierre Door.** Les biosimilaires répondent à une nouvelle démarche médicamenteuse. Ces médicaments vont d'abord se développer en milieu hospitalier, avant d'être prescrits en ville, et il importe de garantir une sécurité médicale. Or, la substitution à tout va peut être dangereuse. Le droit à substitution des pharmaciens doit être pris avec des pincettes.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Nul n'a parlé de substituer à tout va, sauf peut-être ceux qui pensent que nous pouvons nous dispenser d'encadrer cette pratique. Sans l'article 38, le risque que ces substitutions aient lieu hors de tout cadre est réel – c'est d'ailleurs ce qui se passe aujourd'hui. Il y a là un sujet d'intérêt général. C'est en créant un cadre juridique dans ce domaine où il n'y en avait pas, que nous améliorerons la sécurité des patients.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle adopte l'article 38 sans modification.*

#### *Article 39*

(art. L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

#### **Prise en charge des médicaments ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU)**

Le présent article prévoit de pérenniser et de perfectionner le dispositif de prise en charge des médicaments ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) : extension de la durée de prise en charge, conditions renforcées et remboursement systématique par les laboratoires en cas de fixation d'un prix dérogatoire supérieur au montant définitif de la prise en charge.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à étendre la prise en charge des médicaments dont le prix de remboursement n'est pas encore définitivement fixé. Seul pourra être pris en charge à titre dérogatoire un médicament utilisé au profit de patients traités dans les indications ayant bénéficié de l'autorisation temporaire d'utilisation ou pour lesquelles il n'existe pas d'alternative thérapeutique appropriée validée par la Haute Autorité de santé et qui sont mentionnées dans l'autorisation de mise sur le marché ou font l'objet d'une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS50 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** Cet article renforce l'encadrement économique des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) en appelant au reversement systématique du chiffre d'affaires lié à la différence entre le prix pratiqué sous ATU et le prix fixé ultérieurement par le Comité économique des produits de santé (CEPS) au titre de l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

En pratique, le CEPS a déjà la possibilité de demander à l'industriel de reverser tout ou partie de la différence entre l'indemnité demandée dans le cadre de l'ATU et le prix négocié *in fine*. Mais l'article 39 prévoit le reversement systématique de l'intégralité du différentiel de prix, en écartant le pouvoir d'appréciation du CEPS, ce qui porte préjudice à la politique conventionnelle et à la lisibilité de la politique des prix du médicament.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS114 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Compte tenu de l'urgence pour des patients dont le pronostic vital est fréquemment engagé, il serait plus efficace de confier la responsabilité de l'avis relatif au besoin thérapeutique non couvert à l'ANSM plutôt qu'à la Haute Autorité de santé (HAS).

**M. Christian Paul, rapporteur.** C'est une question que nous nous posons aussi, et il est possible que la situation évolue dans le sens que vous souhaitez. Néanmoins, le terme d'alternative thérapeutique appropriée me paraît plus adapté que celui de besoin thérapeutique non couvert. Je vous propose de travailler ensemble à une nouvelle rédaction de cet amendement dans la perspective de la discussion en séance publique.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS66 de M. Christian Paul, rapporteur.*

*Puis elle adopte l'article 39 modifié.*

*Article 40*

(art. L. 138-9 et L. 138-9-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Déclaration des remises sur les médicaments génériques  
consenties aux pharmaciens par les laboratoires pharmaceutiques**

Le présent article introduit un dispositif de déclaration de l'ensemble des remises accordées par les fournisseurs de médicaments génériques aux officines. Un mécanisme de sanction est également prévu.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à permettre l'augmentation par arrêté du plafond des remises sur les médicaments génériques, aujourd'hui fixé à 17 %, dans la limite de 50 % du prix fabricant hors taxe ou du tarif forfaitaire de responsabilité.

\*

*La Commission examine l'amendement AS57 de M. Jean-Pierre Barbier.*

**M. Jean-Pierre Barbier.** La mise en place d'une déclaration obligatoire, par les génériqueurs, des remises consenties aux pharmaciens d'officine sur les médicaments génériques, est particulièrement intrusive dans un système libéral comme le nôtre. Ces informations à caractère commercial relèvent des relations privées entre les laboratoires et les pharmacies.

Je comprends que l'on souhaite assurer une transparence. En revanche, il est dangereux de laisser au ministre la possibilité de fixer par arrêté, chaque année, un niveau maximal de remises autorisées. C'est faire dépendre le sort des entreprises du bon vouloir d'une seule personne. Quelle profession accepterait une telle intrusion dans ses négociations commerciales avec ses fournisseurs ? Mieux vaudrait à la rigueur que ce plafond soit fixé par l'Assemblée nationale, après un débat au sein de notre Commission.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Dois-je rappeler que la sécurité sociale est le principal financeur ?

**M. Christian Paul, rapporteur.** Les bras m'en tombent ! Il s'agit de médicaments et d'assurance maladie, pas de la foire aux escargots ! Préférez-vous la jungle à l'État de droit ? Je rappelle que ces pratiques très contestables font actuellement l'objet d'enquêtes de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF). Nous essayons tout simplement de sécuriser les pratiques professionnelles des pharmaciens.

Cet amendement a déjà été repoussé en première lecture. Conformons-nous à cette ligne de conduite.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS5 de M. Francis Vercaemer.*

**M. Francis Vercamer.** Nous ne demandons pas la suppression de cet article : la transparence des remises est intéressante pour la sécurité sociale.

Vous estimez normal que l'État fixe le niveau des remises consenties par les fournisseurs aux officines, monsieur le rapporteur. Mais quelle influence cela aura-t-il sur les comptes de la sécurité sociale, puisque le prix des médicaments est fixé par l'administration ? Cet amendement propose donc de maintenir le plafond de 50 % du prix fabricant hors taxe, mais de laisser le jeu de la concurrence déterminer le montant de la remise. La transparence étant assurée, le plafond pourrait ultérieurement être abaissé s'il paraît trop élevé.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Avis défavorable. Je vous propose de recevoir prochainement la direction du CEPS. Cela serait profitable à beaucoup de nos collègues !

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle adopte l'amendement rédactionnel AS67 de M. Christian Paul, rapporteur.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement rédactionnel ASI46 de Mme Dominique Orliac.*

*Puis elle est saisie de l'amendement AS6 de M. Francis Vercamer.*

**M. Francis Vercamer.** Le Gouvernement pourrait au moins nous fournir un rapport.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.*

*Elle adopte l'article 40 modifié.*

#### *Article 40 bis*

(art. L. 162-16-1-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

### **Modalités d'application de la convention pharmaceutique aux pharmacies mutualistes et minières**

Le présent article, introduit en première lecture à l'initiative du Gouvernement à l'Assemblée nationale, aménage les conditions d'application de la convention liant l'assurance maladie et les officines aux pharmacies mutualistes et minières.

Il prévoit qu'un arrêté précise, pour les pharmacies mutualistes et les pharmacies des sociétés de secours minières, les dispositions de la convention entre l'assurance maladie et les officines de pharmacies qui leur sont rendues applicables et dans quelles conditions particulières.

\*

*La Commission adopte l'article 40 bis sans modification.*

*Article 41*

(art. L. 162-22-7 et L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale,  
art. L. 5123-2 du code de la santé publique)

**Création d'un instrument unique de régulation des dépenses  
sur la liste en sus**

Le présent article vise à simplifier les procédures de régulation des dépenses financées en sus des prestations d'hospitalisation en créant un outil unique (issu de la fusion des contrats de bon usage et des plans d'action) et en laissant aux agences régionales de santé (ARS) une plus grande liberté d'appréciation des situations propres à chaque établissement.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement prévoyant que la liste des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des prestations d'hospitalisation précise les indications thérapeutiques ouvrant droit à une prise en charge. L'objectif est de permettre une meilleure maîtrise, tant du point de vue sanitaire que financier, de la liste en sus.

\*

*La Commission est saisie en discussion commune des amendements AS51 et AS83 de M. Dominique Tian.*

**Mme Véronique Louwagie.** L'article tend à ralentir la mise à disposition des patients des produits innovants inscrits sur la liste en sus. Un médicament qui obtiendrait une extension d'indication devrait attendre les inscriptions de la nouvelle indication sur deux listes, ce qui nécessite en moyenne plus de 300 jours avant la prise en charge dans la nouvelle indication.

Ce délai peut avoir de lourdes conséquences pour les patients, les produits concernés traitant de pathologies graves.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Défavorable. Les dispositions en question visent à mieux maîtriser la liste en sus, tant d'un point de vue sanitaire que d'un point de vue financier. Ce dispositif est déjà appliqué pour l'inscription des produits sur la liste des spécialités remboursables en ville. Il paraît normal que le remboursement de chaque extension d'utilisation soit conditionné à une autorisation préalable, y compris à l'hôpital.

*La Commission rejette successivement les deux amendements.*

*Puis elle adopte l'article 41 sans modification.*

*Article 42*

(art. L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Simplification des règles de tarification des actes innovants associés à des produits de santé**

Le présent article vise à accélérer la procédure d'inscription des actes médicaux innovants sur la liste des actes et prestations remboursables. Il s'agit d'instaurer une procédure dérogeant à la procédure ordinaire lorsque celle-ci n'a pas permis d'aboutir à une hiérarchisation de l'acte innovant au terme d'un certain délai. En outre, il est introduit un délai à partir duquel l'UNCAM doit justifier de l'absence de décision d'inscription d'un acte innovant.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 42 sans modification.*

*Article 42 bis*

**Rapport sur l'affectation de l'élargissement de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments**

Le présent article, adopté à l'initiative du rapporteur à l'Assemblée nationale en première lecture, demande au Gouvernement la remise d'un rapport, avant le 1<sup>er</sup> mai 2014, portant sur l'affectation de l'élargissement de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux au financement pérenne et indépendant des associations représentant les usagers du système de santé.

\*

*La Commission adopte l'article 42 bis sans modification.*

*Article 43*

(art. L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale)

**Renforcement de l'aide au sevrage tabagique à destination des jeunes**

Le présent article vise à permettre aux caisses nationales d'assurance maladie de mettre en œuvre des programmes d'accompagnement au sevrage tabagique à destination des personnes suivant un traitement de substitution nicotinique. Cette mesure complète la hausse du forfait de prise en charge des traitements par substitut nicotinique pour les jeunes de 20 à 25 ans.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement corrigeant une erreur matérielle.

\*

*La Commission adopte l'article 43 sans modification.*

*Article 44*

(art. L. 162-4-5 [nouveau] et L. 162-8-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Tiers payant sur les consultations et examens préalables à la contraception chez les mineures d'au moins 15 ans**

Le présent article propose d'instaurer un tiers-payant sur la part prise en charge par l'assurance maladie pour les consultations et examens biologiques réalisés en vue de la prescription d'un contraceptif à des mineures âgées d'au moins quinze ans.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission examine l'amendement ASI27 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Cet amendement, que je n'avais pas déposé en première lecture, vise à garantir l'anonymat des mineures à qui sont prescrits des contraceptifs ou des examens de biologie médicale préalables à une contraception. Les réponses de la ministre des affaires sociales et de la santé ne m'ont guère rassurée : les actes médicaux – consultation et éventuels examens biologiques – apparaîtront, au titre du tiers payant, sur le relevé de prestations envoyé aux parents par l'assurance maladie. Non seulement ce dispositif contrevient au principe de l'accès anonyme et gratuit des mineures à la contraception, mais il peut être dangereux pour elles. Aux termes de mon amendement, la dépense serait prise en charge directement par l'assurance maladie *via* la carte de professionnel de santé du praticien prescripteur.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Plusieurs d'entre nous, notamment la présidente de la Commission, se sont exprimés sur le sujet. Je souscris à l'objectif : il convient de garantir l'anonymat des mineures. Cependant, nous devons vérifier si la solution que vous proposez est opérationnelle. Je propose que nous travaillions ensemble sur cette question d'ici à la discussion en séance publique.

**Mme Bérengère Poletti.** Selon les responsables de l'assurance maladie que j'ai auditionnés dans le cadre de mon rapport d'information sur la contraception des mineures, la seule solution est celle que je propose. Je crains néanmoins que mon amendement ne soit déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, puisqu'il crée une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie. J'avais donc également envisagé de déposer un amendement de suppression de l'article. En tout cas, le dispositif proposé est dangereux, nous ne pouvons pas le laisser en l'état.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Il est probable que votre amendement crée en effet une charge. Dans votre excellent rapport d'information, vous aviez d'ailleurs chiffré très précisément le coût de cette prise en charge pour chaque tranche d'âge.

**M. Jean-Marc Germain.** Je souscris entièrement à l'objectif. J'avais d'ailleurs déposé un amendement assez proche en première lecture, mais il avait été déclaré irrecevable au titre de l'article 40. Je comprends donc les craintes de Mme Poletti. Pour avancer, je suggère que nous adoptions son amendement, puis que nous travaillions à nouveau sur le sujet d'ici à la discussion en séance publique. Nous ne devons pas décevoir les espoirs que nous avons créés.

**M. Christian Paul rapporteur.** Nous partageons tous le même objectif, et nous pourrions adopter cet amendement par précaution. Cela nous permettrait de marquer notre intention, puis de chercher une solution avec le Gouvernement et la CNAM d'ici au débat en séance publique. Avis favorable.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 44 modifié.*

#### *Article 45*

(art. L. 861-1, L. 863-6, L. 863-7 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale)

#### **Réforme de la protection complémentaire d'assurance maladie**

Le présent article prévoit de poursuivre la réforme de la protection complémentaire d'assurance maladie en étendant le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en mettant en concurrence les contrats ACS et en ne faisant bénéficier d'avantages fiscaux que les contrats de complémentaire santé les plus responsables et solidaires.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements afin d'une part d'intégrer les dépenses de prévention et d'optique dans le panier de soins couvert par les contrats responsables, et d'autre part de limiter la prise en charge par ces contrats des dépassements d'honoraires des médecins.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS115 de M. Jean-Louis Roume gas.*

**M. Jean-Louis Roume gas.** Les contrats proposés aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) offrent des niveaux de garantie inférieurs à ceux des autres contrats individuels. Il convient de remédier à cette situation. La négociation lancée l'année dernière sur une labellisation de ces contrats n'a pas abouti. Aux termes de cet amendement, la labellisation pourra être

imposée par décret si les parties prenantes ne trouvent pas un accord dans les six mois.

**M. Christian Paul, rapporteur.** La démarche de labellisation a échoué. C'est pourquoi le Gouvernement a prévu, à l'article 45, un dispositif alternatif qui consiste à sélectionner les contrats à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Il ne faut pas revenir en arrière : nous perdrons encore un an. Avis défavorable.

**M. Jean-Louis Roume gas.** Il s'agit non pas de revenir en arrière, mais de peser sur la négociation pour qu'elle aboutisse dans les six mois.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS32 de Mme Bérengère Poletti et AS82 de M. Laurent Marcangeli.*

**M. Jean-Pierre Door.** Le choix de l'appel d'offres pour sélectionner les contrats qui seront proposés aux bénéficiaires de l'ACS est une fausse bonne idée. Cette procédure pose problème à tous les professionnels de l'assurance – mutuelles, institutions de prévoyance, compagnies privées – et sera difficile à mettre en œuvre : comment l'appel d'offres sera-t-il organisé ? Qui sélectionnera les contrats ? Quels niveaux de garantie seront demandés ? Combien de contrats seront retenus ? En outre, dans le cadre d'un appel d'offres, on retient souvent le moins-disant ; les contrats sélectionnés risquent donc d'être de mauvaise qualité. Selon nous, il aurait été préférable d'aller jusqu'au bout de la démarche de labellisation engagée l'an dernier.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Je le répète : la démarche de labellisation a échoué et le *statu quo* n'est pas satisfaisant. Quant à la mise en concurrence prévue à l'article 45, elle n'est pas un appel d'offres au sens du code des marchés publics. La procédure et les critères seront fixés par décret. L'objectif est bien d'améliorer la qualité des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS118 de M. Jean-Louis Roume gas.*

**M. Jean-Louis Roume gas.** Nous n'avons aucune visibilité sur les critères qui seront retenus dans le cadre de la procédure de mise en concurrence, notamment sur les niveaux de garantie qui seront proposés aux bénéficiaires de l'ACS dans les contrats. Nous demandons que le panier de soins couverts par ces contrats soit, au minimum, celui de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

**M. Christian Paul, rapporteur.** Votre amendement est satisfait par l'article 45 *bis* que nous avons adopté en première lecture.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission est ensuite saisie de l'amendement ASI16 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Nous souhaitons que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie soit tel qu'il laisse une véritable liberté de choix aux bénéficiaires de l'ACS.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Nous avons déjà obtenu un engagement de la part de la ministre des affaires sociales et de la santé sur ce point : le Gouvernement veillera à ce qu'une pluralité de contrats soit proposée aux bénéficiaires de l'ACS pour chaque niveau de garantie. Avis défavorable.

**M. Jean-Pierre Door.** Comme nous, le groupe écologiste relève le manque de visibilité sur la manière dont sera conduit l'appel d'offres et craint que les contrats sélectionnés n'offrent des niveaux de garantie insuffisants, voire que la procédure ne favorise la formation d'un oligopole sur le marché des complémentaires santé destinées aux bénéficiaires de l'ACS. Nous voterons donc en faveur de cet amendement.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement ASI17 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Comment s'assurer que la procédure prévue à l'article 45 ne créera pas une nouvelle « trappe à non-recours » aux prestations sociales ? En particulier, beaucoup de bénéficiaires de l'ACS pourraient laisser passer, faute d'information, la date de renouvellement tacite de leur contrat de complémentaire santé, et perdre ainsi leur éligibilité à l'ACS. Aux termes de cet amendement, les organismes complémentaires devraient obligatoirement informer les bénéficiaires de l'ACS de la date d'échéance de leur contrat, au minimum un mois avant son échéance.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Je suis comme vous très attentif à la bonne information des Français en matière de complémentaires santé. Le projet de loi relatif à la consommation prévoit d'améliorer la lisibilité des offres proposées par les organismes complémentaires. Mais il est nécessaire d'aller plus loin pour les bénéficiaires de l'ACS, qui se trouvent souvent dans des situations précaires. La disposition que vous proposez relève sans doute du pouvoir réglementaire, mais rien ne nous garantit que ce dernier agisse en ce sens. Je donne donc un avis favorable sur votre amendement.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement ASI147 de M. Jean-Noël Carpentier.*

**M. Jean-Noël Carpentier.** Il convient d'exclure de la procédure de mise en concurrence les organismes complémentaires qui imposeraient une limite d'âge pour l'adhésion à leurs contrats.

**M. Christian Paul, rapporteur.** Certes, je suis d'accord avec vous sur le fond : il convient d'éviter que les contrats ne contiennent des clauses aberrantes ou abusives telles que celle que vous évoquez. Mais, en l'espèce, il appartient au pouvoir réglementaire d'établir un cahier des charges précis que devront respecter les contrats dans le cadre de la procédure de mise en concurrence. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AS53 de M. Dominique Tian.*

*Puis elle adopte l'article 45 modifié.*

#### *Article 45 bis*

(art. L. 165-6 du code de la sécurité sociale)

#### **Panier de soins pour les bénéficiaires de l'ACS**

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale en première lecture, a pour objet de transposer aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) le dispositif du panier de soins garanti qui existe pour les bénéficiaires de la CMU-c.

\*

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS68 du rapporteur.*

*Puis elle adopte l'article 45 bis modifié.*

#### *Article 45 ter*

(art. L. 863-3 du code de la sécurité sociale)

#### **Automaticité du renouvellement des droits à l'ACS des retraités modestes**

Le présent article, inséré à l'initiative de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée en première lecture, vise à rendre automatique le renouvellement des droits à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les personnes âgées disposant de faibles revenus.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS119 de M. Jean-Louis Roumevas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Cet amendement et le suivant sont issus du travail de notre collègue sénatrice écologiste Aline Archimbaud, qui a rédigé un rapport sur l'accès aux soins des plus démunis. Ils ont déjà été défendus au Sénat. Ce premier amendement vise à étendre automatiquement le bénéfice de l'ACS aux personnes qui touchent l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

**M. Christian Paul rapporteur.** En juillet dernier, nous avons relevé le plafond de ressources applicable pour l'attribution de l'ACS, afin que les retraités et les personnes handicapées puissent la toucher. Cette mesure a concerné plusieurs centaines de milliers de personnes. Nous avons également maintenu le droit automatique au renouvellement de l'ACS pour les bénéficiaires du minimum vieillesse. Votre intention est louable. J'espère que nous pourrons faire davantage en faveur des retraités et des personnes handicapées au cours de cette législature. Néanmoins, à ce stade, je donne un avis défavorable à votre amendement.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS121 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Il s'agit d'étendre automatiquement le bénéfice de l'ACS aux personnes qui touchent l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

**M. Christian Paul, rapporteur.** Avis défavorable pour les mêmes raisons que précédemment.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 45 ter sans modification.*

#### *Article 46*

(art. L. 613-8 du code de la sécurité sociale ; L. 732-4, L. 732-8-1 [nouveau], L. 732-15, L. 752-24 et L. 762-13-1 du code rural et de la pêche maritime)

#### **Simplification de la législation relative aux indemnités journalières pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles**

Le présent article propose de clarifier la législation en matière d'indemnités journalières d'assurance maladie versées aux travailleurs indépendants et aux non-salariés agricoles. Le régime social des indépendants est aménagé dans le sens d'une plus grande égalité de traitement et les règles applicables pour les indemnités journalières maladies des exploitants agricoles sont précisées.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant un amendement corrigeant une erreur matérielle.

\*

*La Commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS71 et AS69 du rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 46 **modifié**.*

*Article 46 bis*

#### **Rapport sur l'ouverture des droits aux indemnités journalières**

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale en première lecture, prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport annuel sur l'application de la réglementation relative aux conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières de l'assurance maladie.

\*

*La Commission **adopte** l'amendement de suppression AS60 du rapporteur.*

*En conséquence, l'article 46 bis est **supprimé**.*

*Article 46 ter*

#### **Rapport sur l'ouverture des droits aux indemnités journalières**

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale en première lecture, prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport annuel sur l'application de la réglementation relative aux conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières de l'assurance maladie.

\*

*La Commission **adopte** l'article 46 ter **sans modification**.*

*Article 47*

(art. L 14-10-5, L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles  
et art. L. 1431-2 du code de la santé publique)

#### **Financement du plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social pour 2014 et mesure de déconcentration**

Le présent article rassemble les deux mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale relatives au domaine médico-social. Il s'agit, pour une part, de reconduire l'affectation prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (article 55) de 2 % des recettes de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) en faveur du plan d'aide à l'investissement (PAI) dans le secteur. Il s'agit, d'autre part, d'organiser la déconcentration de la gestion des crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) auprès des agences régionales de santé (ARS).

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant un amendement rédactionnel.

\*

*La Commission adopte l'article 47 sans modification.*

*Article 47 bis*

(art. 67 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale)

**Arrêt de l'expérimentation sur la tarification en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture à l'initiative de la rapporteure, prévoit d'arrêter l'expérimentation relative à la partie « soins » de l'activité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Cette expérimentation, prorogée d'un an en 2012, n'a pas permis d'aboutir à des conclusions satisfaisantes.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 47 bis sans modification.*

*Article 48*

(art. L. 1432-6 du code de la santé publique)

**Dotations annuelles des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics ; simplification des modalités de fixation de la dotation des agences régionales de santé**

Le présent article fixe le montant pour 2014 des dotations allouées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de publics et privés de santé (FMESPP), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), et aux agences régionales de santé (ARS). Il procède également à une simplification concernant la fixation de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé.

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels à cet article en première lecture.

\*

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS168 du rapporteur.*

*Puis elle adopte l'article 48 modifié.*

*Article 49*

**Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès**

Le présent article fixe les montants des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès au titre de l'année 2014 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que pour le seul régime général.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification en première lecture.

\*

*La Commission adopte l'article 49 sans modification.*

*Article 50*

**Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2014 et de sa ventilation**

Le présent article détermine le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour l'année à venir, ainsi que ses sous-objectifs. Il est ainsi proposé de fixer le montant de l'ONDAM pour 2014 à 179,2 milliards d'euros, contre 174,9 milliards d'euros en 2013, ce qui correspond à une augmentation des dépenses de 2,4 % par rapport à l'an passé.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 50 sans modification.*

*Article 50 bis*

(art. L. 162-39 et L. 162-40 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Fixation d'un prix limite de facturation par orientation thérapeutique pour les tarifs thermaux**

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale en première lecture, a pour objet de permettre la détermination conventionnelle de prix limites de facturation des soins thermaux par forfait.

\*

*La Commission adopte l'article 50 bis sans modification.*

*Article 50 ter*

**Rapport sur la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire**

Le présent article, inséré à l'Assemblée nationale en première lecture, demande un rapport annuel du Gouvernement au Parlement sur l'évolution de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de santé.

\*

*La Commission adopte l'article 50 ter sans modification.*

*Section 2*

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

*Article 51*

**Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2014**

Le présent article fixe, pour 2014, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse à 221 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base de la sécurité sociale, dont 117,2 milliards d'euros pour le seul régime général.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 51 sans modification.*

*Section 3*

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

*Article 52*

**Fixation des montants des dépenses de transfert instituées par des dispositions légales à la charge de la branche AT-MP**

Le présent article fixe les montants des différentes dotations versées par la branche AT-MP du régime général définis annuellement en loi de financement de la sécurité sociale. Le montant de la contribution au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) pour l'année 2014 est fixé à 435 millions d'euros. Le montant de la dotation au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) s'élève à 821 millions d'euros. Enfin l'article fixe à 790 millions d'euros pour l'année 2014 le montant du reversement de la branche AT-MP vers la Caisse nationale d'assurance maladie

des travailleurs salariés (CNAMTS) au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS122 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Nous l'avons déjà défendu en première lecture. De nouvelles victimes de l'amiante apparaissent, notamment dans les entreprises qui procèdent au désamiantage et dans celles qui réalisent des diagnostics.

**M. Laurent Marcangeli, rapporteur pour la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles.** Cet amendement avait été rejeté en première lecture, tant en commission qu'en séance publique. La contribution des entreprises au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) a été instaurée en 2004, puis supprimée en 2009. Il n'est pas opportun de revenir en arrière : le rendement de la mesure était faible et son recouvrement assez lourd.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS123 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Cet amendement, qui réclame un rapport, avait été adopté en commission en première lecture, après avoir reçu un avis défavorable du rapporteur, mais un avis favorable du Gouvernement.

**M. Laurent Marcangeli, rapporteur.** Notre collègue M. Hutin, président du groupe d'études sur l'amiante, vous avait convaincu de le retirer en séance publique. Il avait annoncé qu'il allait auditionner l'inspecteur général des affaires sociales chargé de rédiger le rapport sur la réforme des préretraites amiante. Je vous renvoie également aux remarques que j'avais formulées sur la rédaction de votre amendement. Avis défavorable.

**M. Denys Robiliard.** M. Hutin avait en effet indiqué qu'il allait auditionner lui-même la personne chargée de rédiger le rapport. Il avait en outre estimé inutile de réclamer à nouveau un rapport que le Parlement avait déjà demandé et qu'il allait finalement obtenir.

**M. Jean-Louis Roumegas.** Je souhaitais que le Gouvernement s'engage à nouveau à fournir ce rapport, déjà promis l'an dernier.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission adopte l'article 52 sans modification.*

*Article 53*

(article L. 412-8 du code de la sécurité sociale)

**Extension aux marins des droits attachés à la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur**

Le présent article tire les conséquences de la décision n° 2011-127 QPC du 6 mai 2011 du Conseil constitutionnel en modifiant l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale afin de rendre applicable aux marins relevant d'un contrat d'engagement maritime les dispositions relatives à la faute inexcusable de l'employeur prévues au livre IV du code de la sécurité sociale.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 53 sans modification.*

*Article 53 bis*

(article L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime)

**Alignement du taux d'incapacité permanente requis dans le régime agricole pour bénéficiaire de la prestation complémentaire d'aide à une tierce personne sur celui du régime général**

Le présent article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture à l'initiative du Gouvernement, a pour objet d'aligner le taux d'incapacité requis des salariés et non-salariés agricoles sur celui requis des salariés du régime général pour bénéficier de la prestation complémentaire d'aide à une tierce personne créée par l'article 85 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, soit un taux de 80 %.

\*

*La Commission adopte l'article 53 bis sans modification.*

*Article 54*

**Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2014**

Le présent article fixe, pour 2014, à 13,3 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et à 12 milliards d'euros l'objectif de dépenses pour le seul régime général.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 54 sans modification.*

#### *Section 4*

### **Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille**

#### *Article 55*

(art. L. 522-3 et L. 7555-16-1 du code de la sécurité sociale)

### **Majoration du complément familial pour les familles sous le seuil de pauvreté**

Le présent article pose, à l'article L. 522-3 au code de la sécurité sociale, le principe d'attribution d'un montant majoré du complément familial au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un nouveau plafond, inférieur au plafond d'attribution de la prestation non majorée défini à l'article L. 522-2.

Fixé par voie réglementaire, ce second plafond réservera la majoration aux allocataires les plus modestes, soit environ 400 000 familles. La mesure représenterait un surcroît de dépenses d'environ 60 millions d'euros en 2014 atteignant 380 millions d'euros par an à partir de 2018.

En première lecture, l'Assemblée nationale a apporté à cet article une modification rédactionnelle à l'initiative de votre rapporteure.

\*

*La Commission adopte l'article 55 sans modification.*

#### *Article 56*

(art. L. 531-2 et -3 du code de la sécurité sociale)

### **Amélioration de la prise en compte du revenu des familles bénéficiaires de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant**

Le présent article réserve le versement à taux plein de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) à la très grande majorité de ses bénéficiaires et prévoit son versement à taux partiel pour la minorité des allocataires aux revenus les plus élevés. Le versement à taux plein est réservé aux familles dont les ressources ne dépassent pas un nouveau plafond défini par décret.

Seuls 10% des nouveaux allocataires, environ 180 000 bénéficiaires, verront le montant de l'allocation diminuer. L'économie pour la branche famille

serait de 10 millions d'euros la première année, de 80 millions d'euros la deuxième et atteindrait 170 millions d'euros à partir de 2016.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission examine les amendements identiques AS33 de M. Gilles Lurton et AS90 de M. Laurent Marcangeli, tendant à supprimer l'article.*

**M. Gilles Lurton.** Cet article vise à modifier les conditions d'attribution de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). À partir du 1<sup>er</sup> avril 2014, le montant de cette allocation sera divisé par deux pour les familles disposant de ressources supérieures à 3 250 euros par mois avec deux revenus ou à 4 000 euros par mois avec un seul revenu. La mesure concernera 12 % des nouveaux ménages éligibles.

Jusqu'à présent, l'allocation de base de la PAJE était versée à deux millions de familles jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant. Avec cette mesure, près de 180 000 familles toucheront désormais une allocation non pas de 186, mais de 93 euros par mois. De plus, le montant de l'allocation sera gelé pour toutes les familles jusqu'en 2020, au lieu d'augmenter au même rythme que l'inflation.

Cette mesure est un coup supplémentaire porté à la politique familiale et une dangereuse remise en cause de l'universalisme des allocations familiales. Une fois encore, les familles les plus nombreuses vont se trouver pénalisées par votre politique, alors que l'objectif de notre système de prestations familiales a toujours été, depuis la dernière guerre, de compenser les frais supplémentaires occasionnés par la naissance des enfants.

**Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille.** Ces amendements ont déjà été examinés en première lecture. L'allocation de base de la PAJE est une prestation sous condition de ressources, mais revêt une dimension quasi universelle. L'instauration d'un second plafond la rendra plus redistributive. Les montants versés aux familles déjà allocataires ne seront pas modifiés. La baisse des montants ne concernera que 10 % des futurs bénéficiaires. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 56 sans modification.*

*Article 57*

(art. L. 531-4 du code de la sécurité sociale)

**Suppression de la majoration du complément libre choix d'activité  
de la prestation d'accueil du jeune enfant  
et simplification des conditions d'attribution aux non-salariés**

Le présent article uniformise les montants versés au titre complément de libre choix d'activité (CLCA) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) en supprimant la majoration du montant pour les familles qui ne perçoivent pas l'allocation de base de PAJE, soit 10% des bénéficiaires, 60 000 personnes environ.

En outre le présent article simplifie et sécurise les règles d'attribution du CLCA à taux partiel pour les travailleurs non-salariés en l'attribuant en fonction de la quotité d'activité déclarée sur l'honneur dès lors que cette activité ne procure pas une rémunération mensuelle nette ou un revenu professionnel excédant des montants définis par décret.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement AS34 de M. Gilles Lurton, tendant à supprimer l'article.*

**M. Gilles Lurton.** Cet article supprime le complément de libre choix d'activité (CLCA) majoré pour les familles dont les ressources dépassent le plafond applicable pour l'attribution de l'allocation de base. Or, ce complément permettait à de nombreux parents de réduire, voire de cesser leur activité professionnelle pour s'occuper de leur enfant, ce qui peut être un objectif tout à fait louable.

Je suis bien sûr favorable à ce que l'on aide davantage les familles les plus modestes, mais il n'est pas normal que vous tentiez parallèlement de remettre en cause les aides accordées aux autres familles. Le seuil que vous avez instauré est un « écran de fumée ». Certes, aujourd'hui, 88 % des familles ne sont pas concernées mais, demain, vous modifierez ce seuil par décret, et les prestations familiales deviendront la variable d'ajustement de la branche famille. Les classes moyennes seront une fois encore durement touchées par votre politique anti familles.

**Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure.** Cet amendement a lui aussi été examiné en première lecture. Actuellement, la majoration du CLCA est un avantage réservé aux 14 % de familles les plus aisées, qui ne perçoivent pas l'allocation de base de la PAJE. Nous souhaitons revenir sur cette disposition contraire à la logique de redistribution. En outre, l'effort financier demandé aux familles concernées est légitime et raisonnable. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 57 sans modification.*

#### *Article 58*

(art. L. 531-5 et -6 du code de la sécurité sociale)

### **Simplification des modalités d'attribution du complément de mode de garde (CMG) de la prestation d'accueil du jeune enfant et plafonnement des tarifs des micro-crèches éligibles au CMG-structure**

Le présent article comporte deux mesures d'amélioration du complément de libre choix du mode de garde (CMG), composante de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).

La définition de la condition d'activité applicable est simplifiée : à l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, la condition actuelle de minimum de revenus tirés d'une activité professionnelle est remplacée par une condition de simple exercice d'une activité professionnelle.

En outre, afin de limiter la fixation de tarifs abusifs par certaines micro-crèches financées par le CMG-structure, le présent article prévoit à l'article L. 531-6 la fixation d'un plafond tarifaire au-delà duquel le recours à une micro-crèche n'ouvre plus droit à versement du CMG à la famille utilisatrice.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 58 sans modification.*

#### *Article 59*

### **Paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale pour 2014**

L'article L. 542-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale sont révisés chaque année au 1<sup>er</sup> janvier et indexés sur l'évolution de l'indice de référence des loyers (IRL).

Le présent article prévoit que les paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale ne sont pas révisés pour l'année 2014. L'économie occasionnée pour la Caisse nationale d'allocations familiales est évaluée à 46 millions d'euros.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission examine l'amendement AS70 de la rapporteure.*

**Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure.** Dans un contexte de faible inflation, l'article 59 du PLFSS et l'article 64 du PLF visent à maintenir en 2014 à leur niveau de 2013 les paramètres représentatifs de la dépense de logement dans les barèmes des différentes aides au logement. Ces paramètres sont normalement révisés chaque année le 1<sup>er</sup> janvier et indexés sur l'évolution de l'indice de référence des loyers.

Cet amendement vise à remplacer la mesure de gel de l'allocation de logement familiale (ALF) par un report de la date de revalorisation du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> octobre. Des dispositions similaires concernant l'aide personnalisée au logement (APL) et l'allocation de logement sociale (ALS) ont été adoptées dans le PLF à l'initiative du rapporteur spécial de la commission des finances. Il s'agit donc d'aligner le régime d'indexation de l'ALF sur celui des autres aides au logement.

La mesure de gel prévue à l'article 59 devait se traduire par une économie de 46 millions pour la CNAF. Cet amendement aura pour effet de la réduire d'un quart. Au total, il s'agit d'une mesure équilibrée, qui contribue à la maîtrise des dépenses, tout en permettant une révision des barèmes dès 2014.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 59 modifié.*

#### *Article 60*

#### **Objectif de dépenses de la branche famille pour l'année 2014**

Le présent article fixe, pour 2014, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse à 59,2 milliards d'euros.

Un objectif unique se substitue à la fixation habituelle de deux objectifs de dépense pour la branche famille, l'un pour la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), l'autre pour l'ensemble des régimes de base, en raison de la centralisation au sein de la CNAF des comptes des branches famille de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 60 sans modification.*

*Section 5*  
**Dispositions relatives aux organismes  
concourant au financement des régimes obligatoires**

*Article 61*

(art. L. 135-2 du code de la sécurité sociale)

**Fixation du transfert du fonds de solidarité vieillesse au titre du financement  
du minimum contributif pour 2014**

Le présent article fixe les montants que le fonds de solidarité vieillesse devra transférer en 2014 au titre du minimum contributif. Il prévoit de reconduire les mêmes montants que pour 2013, à savoir 3,4 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour le Régime social des indépendants.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 61 sans modification.*

*Article 62*

**Prévision des charges du Fonds de solidarité vieillesse**

Le présent article fixe les seules charges du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), compte tenu de la dissolution du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA).

Pour 2014, les charges du FSV sont évaluées à 20,4 milliards d'euros, en hausse de 0,7 milliard d'euros par rapport aux prévisions pour 2013 (19,7 milliards d'euros).

Cette croissance est relativement contenue du fait de la stabilité du besoin en ressources finançant le minimum contributif. Celui-ci reste au même niveau qu'en 2012 et 2013, à 3,9 milliards d'euros (*cf.* article 61). Elle tient compte en outre d'une progression moins dynamique des décaissements au titre du minimum vieillesse, liée à l'amélioration du niveau des pensions servies par le régime général et les régimes alignés ainsi qu'aux évolutions démographiques. En revanche, les charges prévisionnelles incluent le surcroît de dépenses résultant de l'augmentation du nombre de demandeurs d'emplois qui, à l'inverse, génère un besoin de financement dynamique (+ 6,2 % attendus en 2014).

Le projet de loi prévoit le décaissement des réserves de contribution sociale de solidarité sur les sociétés (CSSS) antérieures à 2011. Ces recettes devraient se porter à 800 millions d'euros en 2014. En outre, le FSV sera également affectataire, pour l'année 2014, de l'équivalent du produit de la contribution additionnelle de solidarité autonomie (CASA) qui est versé à la

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ce transfert est évalué à 650 millions d'euros par l'étude d'impact. L'affectation, qui prendra la forme d'une modification des taux de CSG affectés à la CNSA au profit du FSV, est prévue par l'article 15.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet sans modification.

\*

*La Commission adopte l'article 62 sans modification.*

### *Section 6*

## ***Dispositions relatives à la gestion des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude***

### *Article 63*

(art. L. 221-1 et L. 767-1 du code de la sécurité sociale)

#### **Recouvrement des dettes et créances européennes et internationales**

Le présent article procède au transfert, depuis le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) vers la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), de la gestion du système de dettes et de créances entre la France et des États étrangers, au titre de la prise en charge de soins de santé des assurés sociaux.

Ce transfert permettra de générer une modeste économie de gestion à terme, en 2015, de l'ordre de 3 millions d'euros.

L'assurance maladie sera donc désormais chargée directement de la gestion des créances relatives à la prise en charge des soins réalisés en France par des ressortissants d'autres États et à la gestion des dettes résultant de la prise en charge des soins effectués à l'étranger pour les personnes relevant du régime d'assurance maladie français.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant deux amendements rédactionnels.

\*

*La commission adopte l'article 63 sans modification.*

#### *Article 64*

(art. L. 222-14, L. 723-43, L. 725-1, L. 725-1, L. 725-4, L. 725-7, L. 725-8, L. 725-12, L. 725-23, L. 725-25, L. 726-2, L. 726-3, L. 731-10, L. 731-30, L. 731-31 à L. 731-34, L. 731-35-1, L. 732-6-1, L. 732-7, L. 752-4, L. 752-12, L. 752-13, L. 752-14, L. 752-15, L. 752-17, L. 752-20, L. 752-23, L. 752-25, L. 752-26, L. 752-29, L. 762-15 et L. 762-25 du code rural et de la pêche maritime)

#### **Unification de la gestion des prestations maladie et accidents du travail des exploitants agricoles**

Le présent article propose d'unifier la gestion des branches maladie (AMEXA) et accidents du travail (ATEXA) des non-salariés agricoles en la confiant à la seule Mutualité sociale agricole (MSA) et, par conséquent, de mettre fin à la pluralité des gestionnaires de ces deux branches d'ici à la fin 2014.

En première lecture, outre douze amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement visant à préciser que la mutualité sociale agricole assurera intégralement le service des indemnités journalières qui commenceront à être servies aux exploitants agricoles à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, conformément aux dispositions adoptées dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

\*

*La Commission adopte successivement l'amendement de coordination AS72, les amendements rédactionnels AS74 et AS73 et l'amendement de précision AS75 du rapporteur.*

*Puis elle adopte l'article 64 modifié.*

#### *Article 65*

(art. L. 8222-6 du code du travail et art. L. 243-15 du code de la sécurité sociale)

#### **Exemplarité des donneurs d'ordre publics**

Le présent article vise à renforcer la responsabilité des donneurs d'ordre publics dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé, en mettant fin au mécanisme actuel qui contribue à atténuer le principe de solidarité financière entre les donneurs d'ordre et leurs sous-traitants. Ce principe permet en effet d'améliorer le recouvrement des cotisations ou pénalités dues en cas de travail dissimulé, en substituant au redevable du redressement son donneur d'ordre, lorsque le sous-traitant en question a disparu ou n'est pas solvable.

Cette mesure s'inscrit pleinement dans l'objectif de renforcement de la lutte contre la fraude, par l'amélioration des outils de lutte contre le travail dissimulé.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté six amendements rédactionnels ainsi qu'un amendement de précision de votre rapporteur, visant à mentionner expressément les caisses du régime social des indépendants (RSI) parmi les organismes de recouvrement compétents pour délivrer l'attestation de

vigilance aux donneurs d'ordre soumis à cette obligation vis-à-vis de leurs sous-traitants.

\*

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS102 du rapporteur.*

*Puis elle adopte l'article 65 modifié.*

#### *Article 66*

(art. L. 751-37 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale)

### **Renforcement des compétences des caisses du régime agricole en matière de fraude aux AT-MP et de travail dissimulé**

Le présent article vise à étendre aux employeurs de salariés agricoles le régime des pénalités applicables en cas de fausse déclaration en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles et en cas de travail dissimulé.

Il s'agit d'une part, de permettre aux gestionnaires des régimes d'assurance AT-MP du secteur agricole de prononcer les pénalités financières applicables en cas de non-respect de l'obligation de déclaration d'un accident du travail, dans le but de minorer le montant des cotisations dues par l'employeur, et d'autre part, d'étendre au régime de l'assurance AT-MP des salariés agricoles les mesures prises dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé, en mettant à la charge des employeurs auteurs d'un tel délit les frais occasionnés par un accident du travail.

En premier lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

\*

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS103 du rapporteur.*

*Elle adopte ensuite l'article 66 modifié.*

#### *Article 67*

(art. L. 351-2-1 du code de la construction et de l'habitation, art. L. 542-2 et L. 831-1 du Code de la sécurité sociale)

### **Perception frauduleuse d'aides au logement via des sociétés écrans**

Le présent article vise à mieux lutter contre la perception frauduleuse d'aides au logement, en interdisant le recours à une société de personnes pour bénéficiaire des allocations malgré des liens de parenté entre le locataire et le propriétaire.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant un amendement rédactionnel et un amendement de coordination.

\*

*La Commission est saisie de l'amendement ASI69 du rapporteur.*

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** L'article 67 crée une discrimination entre les personnes en société civile immobilière (SCI) soumises à l'impôt sur le revenu (IR) qui n'auraient pas droit à prétendre à une aide au logement et les personnes en SCI soumises à l'impôt sur les sociétés (IS) qui, elles, y auraient droit. Une telle différence de traitement pose deux types de problèmes : d'une part, elle risque d'orienter les personnes vers les SCI soumises à l'impôt sur les sociétés ; d'autre part, elle compliquerait le contrôle opéré par les CAF en imposant de modifier les formulaires d'aide au logement pour identifier les statuts des sociétés et faire le départ entre sociétés soumises à l'IR et sociétés soumises à l'IS.

Par ailleurs, il est proposé de ramener à 20 % le seuil de détention de parts de propriété dans ces sociétés, ce qui correspond au seuil fixé par l'article L. 233-16 du code de commerce pour définir ce qui constitue l'influence notable sur la gestion et la politique financière d'une entreprise.

Cet amendement répond donc à un double souci d'harmonisation et de simplification d'une part, mais aussi d'équité.

**M. Jean-Pierre Door.** Je n'ai rien compris. Mais il me semble que cela n'a rien à faire dans le PLFSS. Quelques précisions s'imposent.

**Mme Véronique Louwagie.** Non seulement je m'associe à la demande de M. Door, mais je me demande quels moyens auront les organismes pour vérifier les participations dans les sociétés, qui sont très changeantes. Il faudra créer une véritable usine à gaz pour contrôler les statuts, les options d'impôt sur les sociétés, les intégrations des sociétés détentrices de parts, et j'en passe.

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** Le fond du problème est simple : il n'est pas juste que le droit à l'aide personnalisée au logement (APL) pour un locataire dépende du régime fiscal qu'a choisi la SCI à laquelle il appartient. En l'espèce, il ne s'agit pas de traquer une fraude mais de remédier à la différence de traitement qui peut résulter du sens dans lequel une disposition fiscale complexe est utilisée. Cela correspond d'ailleurs à une demande de la branche famille de la sécurité sociale.

Quand on est locataire d'un bien dont on est pour partie propriétaire à travers une société commerciale, il est juste de ne pas avoir droit à une allocation logement. Il n'est pas illégitime non plus d'abaisser le seuil donnant accès à cette allocation à 20 % des parts détenues dans une société de personnes. Ce seuil correspond à une limite déjà appliquée dans le code de commerce en matière de

gestion des sociétés. C'est donc tout le contraire d'une usine à gaz que je propose de mettre en place, puisqu'il s'agit de simplifier et d'harmoniser.

**M. Jean-Pierre Door.** La mesure concerne-t-elle une personne locataire qui fait partie d'une SCI et qui demande une aide au logement, ou une SCI locataire ?

**M. Gérard Bapt, rapporteur.** La personne évidemment. Une SCI ne peut pas demander l'APL.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 67 modifié.*

#### *Article 68*

(art. L. 312-2 et 441-6 du code pénal, art. L. 114-13, L. 162-36, L. 382-29, L. 481-2, L. 593-3, L. 623-1, L. 821-5 et L. 831-7 du code de la sécurité sociale, art. L. 351-12 et L. 351-13 du code de la construction et de l'habitation, art. L. 751-40 et L. 752-28 du code rural et de la pêche maritime, art. L. 232-27 et L. 262-50 du code de l'action sociale et des familles, art. L. 5124-1, L. 5429-1, L. 5413-1 et L. 5429-3 du code du travail)

#### **Harmonisation des sanctions en matière de fraude aux prestations sociales**

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant sept amendements rédactionnels.

\*

*La Commission adopte l'article 68 sans modification.*

*Elle adopte ensuite la quatrième partie du projet de loi modifiée.*

*Elle adopte enfin l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 modifié.*



## TABLEAU COMPARATIF

### Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

#### PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2012

##### Article 1<sup>er</sup>

Au titre de l'exercice 2012, sont approuvés :

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	178,8	184,7	-5,9
Vieillesse	203,4	209,5	-6,1
Famille	54,1	56,6	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1	13,7	-0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	436,3	451,4	-15,1

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	154,9	160,8	-5,9
Vieillesse	105,4	110,2	-4,8
Famille	53,8	56,3	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,5	11,7	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	314,0	327,3	-13,3

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	14,7	18,9	-4,1

### Propositions de la Commission

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

#### PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2012

##### Article 1<sup>er</sup>

(Sans modification)

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

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

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

### Article 2

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

## DEUXIEME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2013

#### Article 3

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

#### Article 4

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

## Propositions de la Commission

### Article 2

*(Sans modification)*

## DEUXIEME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2013

#### Article 3

*(Sans modification)*

#### Article 4

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

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

III. – La participation mentionnée au I est due pour chacune des années 2013 à 2015.

### Article 5

I. – L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires restitué aux régimes obligatoires d'assurance maladie, avant le 31 décembre 2013, une fraction des dotations qui lui ont été attribuées au titre des exercices 2010 à 2012, égale à 27 623 999,18 €. Ce montant est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs

## Propositions de la Commission

Elle ...

... lesquels l'organisme a pris ...

... code.

### Amendement AS92

Le ...

... excéder 5 €. ...  
... proche.

### Amendement AS93

### Article 5

(Sans modification)

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

salariés, qui le répartit entre les régimes, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

II. – L'article 73 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

1° Au I, le montant : « 370,27 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 343,47 millions d'euros » ;

2° Au II, le montant : « 124 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 139 millions d'euros » ;

3° Au III, le montant : « 22,2 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 32,2 millions d'euros ».

### Article 6

I. – Au titre de l'année 2013, sont rectifiés :

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	181,7	189,5	-7,8
Vieillesse	212,1	216,2	-4,1
Famille	55,2	58,0	-2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,9	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	449,4	463,7	-14,3

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	157,5	165,2	-7,7
Vieillesse	111,3	114,6	-3,3
Famille	54,8	57,6	-2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,8	11,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	323,5	337,0	-13,5

## Propositions de la Commission

### Article 6

(Sans modification)

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

3° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,9	19,7	-2,7

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

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

III. – Les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse demeurent fixées conformément au III du même article 35.

### Article 7

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

(en milliards d'euros)

	Objectif national de dépenses
Dépenses de soins de ville	80,0
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,7
Autres prises en charge	1,3
Total	174,9

## Propositions de la Commission

### Article 7

(Sans modification)

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### TROISIEME PARTIE

#### DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2014

##### Section 1

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

##### Article 8

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

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

1° Le I est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– la seconde occurrence des mots : « du code général des impôts » est supprimée ;

– après la référence : « III bis de l'article 125 A », est insérée la référence : « et au I de l'article 125 D » ;

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

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

1° *bis* Après la première occurrence du mot : « montant », la fin du premier alinéa du I du III *bis* est ainsi rédigée : « de l'assiette déterminée en application du *b* du même 3° est négatif, un excédent est reversé au contrat, correspondant à la contribution calculée sur la base de ce montant, sans pouvoir excéder le montant de la contribution déjà acquittée dans les conditions du *a* dudit 3°. » ;

2° Le second alinéa du I du IV est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase est ainsi rédigée :

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

## Propositions de la Commission

### TROISIEME PARTIE

#### DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2014

##### Section 1

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

##### Article 8

a) *Les deux premières phrases sont ainsi rédigées :*

« *Ce versement est égal à 90 % du produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé par l'article L. 136-8. Son paiement intervient le 15 octobre au plus tard.* » ;

**Amendement AS176**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

1° Les mots : « assujettis à la contribution prévue aux I et II de » sont remplacés par les mots : « mentionnés à » ;

2° Sont ajoutés les mots : « dont l'assiette est celle définie à ce même article » ;

C. – Le chapitre VIII bis du titre III du livre I<sup>er</sup> est ainsi modifié :

1° L'intitulé est complété par les mots : « et par l'administration fiscale » ;

2° Il est rétabli un article L. 138-21 ainsi rédigé :

« Art. L. 138-21. – Les contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L. 245-15 du présent code, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 du présent code, au 2° du I de l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale pour son renvoi à l'article L. 136-7 du présent code sont précomptés, déclarés et versés globalement par les établissements payeurs. »

II. – Le 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

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

« L'assiette de ces contributions additionnelles est celle définie à ces mêmes articles. » ;

2° À la deuxième phrase, le mot : « assises, » est supprimé.

III. – Le second alinéa du II de l'article 1600-0 S du code général des impôts est ainsi modifié :

## Propositions de la Commission

B. – **Supprimé**

**Amendement AS177**

« Art. L. 138-21. – ...

... sont déclarés et versés *simultanément* par les établissements payeurs. »

**Amendement AS178**

« Les acomptes dus en application du IV du même article L. 136-7 en ce qu'il s'applique aux contributions et prélèvements mentionnés au précédent alinéa autres que la contribution définie au même article L. 136-7 sont déterminés sur la base de l'assiette de cette contribution et font l'objet d'un versement global. »

**Amendement AS179**

1° **Supprimé**

2° **Supprimé**

III. – **Supprimé**

**Amendement AS179**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

1° Le mot : « assis, » est supprimé ;

2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

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

III bis. – À la fin du second alinéa du 1 du II de l'article 1678 *quater* du même code, la date : « 25 novembre » est remplacée par la date : « 15 octobre »

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

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

2° Le II est ainsi rédigé :

« II. – Les III à VI dudit article sont applicables à la contribution mentionnée au I du présent article. »

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

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

## Propositions de la Commission

1° *Au II, les références : « 3° à 9° » sont remplacées par les mots : « a du 3° et 4° à 9°, et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1997 pour les placements visés au b du 3° » ;*

2° *Il est ajouté un III ainsi rédigé :*

« III. – Les III à VI dudit article sont applicables à la contribution mentionnée au I du présent article. »

*IV bis. – Pour les produits définis au b du 3° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale :*

*1° L'assiette des contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 précité, au 2° du I de l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale pour son renvoi à l'article L. 136-7 précité, est celle définie au II du même article L. 136-7 ;*

2° Les ...

... code.

**Amendement AS183**

VI. – A. – *Les I et III bis et le 2° ...*

... 2014.

**Amendement AS180**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

C. – Pour l'application du B, pour les faits générateurs intervenus entre le 26 septembre 2013 et le 30 avril 2014 inclus, les établissements payeurs procèdent à titre provisoire à la liquidation, au précompte et à la déclaration des contributions et prélèvements sociaux dus, selon les règles et sous les conditions applicables avant l'entrée en vigueur du présent article.

La différence entre le montant total dû en application du présent article et le montant liquidé et précompté à titre provisoire dans les conditions prévues au premier alinéa du présent C donne lieu à une régularisation en 2015. Cette régularisation est opérée selon les règles prévues au III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et sur le même article de rôle que l'impôt sur le revenu dû au titre de 2014.

Pour l'application du présent article, les établissements payeurs informent, avant le 31 mai 2014, les personnes physiques assujetties, par écrit ou par voie dématérialisée, du caractère provisoire de la liquidation des contributions et prélèvements sociaux et des modalités de régularisation définies au deuxième alinéa. Ils indiquent sur la déclaration prévue à l'article 242 *ter* du code général des impôts déposée en 2015, pour les faits générateurs intervenus, d'une part, entre le 26 septembre 2013 et le 31 décembre 2013 inclus et, d'autre part, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et le 30 avril 2014 inclus, les montants de l'assiette de la contribution sociale définie au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale et le montant total des contributions et prélèvements déjà précomptés à titre provisoire. Pour les produits définis au b du 3° du même II, la déclaration précitée fait apparaître l'assiette déterminée selon les modalités prévues au même b, le montant des contributions et prélèvements déjà précomptés en application du a du même II et le montant des contributions et prélèvements déjà précomptés, ou le cas échéant restitués, à titre provisoire.

## Propositions de la Commission

B. – Sous réserve du A du présent V en tant qu'il concerne le 2° du III du présent article, le 1° du III et le IV s'appliquent ...

... 2013.

### Amendement AS181

Pour l'application *des deux alinéas précédents*, les établissements ...

... inclus, l'assiette déterminée ...

... provisoire.

### Amendements AS182 et AS184

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

B. – Sont applicables à Mayotte, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, la contribution prévue à l'article L. 136-7 du même code et les autres contributions et prélèvements assis, contrôlés et recouverts selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions.

C. – Le 3<sup>o</sup> du I de l'article 28-3 de l'ordonnance n<sup>o</sup> 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est abrogé pour les revenus perçus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

### Article 9

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

A. – L'article L. 731-14 est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Après le 3<sup>o</sup>, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« 4<sup>o</sup> Pour leur montant excédant 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant qu'ils détiennent en pleine propriété ou en usufruit :

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

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

« Un décret en Conseil d'État précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social, au sens du 4<sup>o</sup> du présent article, ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant »,

## Propositions de la Commission

### Article 9

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

A bis. – À la première phrase du deuxième alinéa et à la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 731-15, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

A ter. – L'article L. 731-17 est abrogé.

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

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

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

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

C. – (Supprimé)

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

1° Au premier alinéa, la référence : « de l'article L. 136-3 » est remplacée par les références : « des articles L. 136-3 et L. 136-4 du présent code » ;

2° À la première phrase du 1°, la référence : « de l'article L. 136-3 » est remplacée par les références : « des articles L. 136-3 et L. 136-4 ».

III. – Il est prélevé, au 1<sup>er</sup> janvier 2014, au profit du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire prévu à l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime, une somme de 160 millions d'euros sur les réserves mentionnées au 3 du III de l'article 37 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Le recouvrement, le contentieux et les garanties

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur les salaires.

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

### Article 10

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

1° Au 8° de l'article L. 613-1, la référence : « VII de l'article 151 septies » est remplacée par la référence : « 2 du IV de l'article 155 » ;

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

a) À la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « , dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret » sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

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

c) Les troisième et dernier alinéas sont supprimés.

II. – Le I s'applique aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

### Article 11

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

1° L'article L. 161-45 est ainsi modifié :

## Propositions de la Commission

### Article 10

*(Sans modification)*

### Article 11

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

a) Le 4° de l'article L. 161-45 est ainsi rédigé :

« 4° Des produits divers, des dons et legs ; »

b) Les 4° bis, 5° et 6° sont abrogés ;

2° Le IV bis de l'article L. 165-11 est abrogé ;

3° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

a) Il est rétabli un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ; »

b) Au 7°, les mots : « 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 R et 1635 bis AE du code général des impôts et les droits perçus au titre » sont remplacés par les mots : « 1600-0 O et 1600-0 R du code général des impôts et les droits perçus au titre des articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du même code et » ;

4° Aux articles L. 245-1 et L. 245-5-1, les mots : « et de la Haute Autorité de santé » sont supprimés.

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

1° Les articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 sont abrogés ;

2° À l'article L. 5522-1, les mots : « , à l'exception de l'article L. 5211-5-1, » sont supprimés.

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

1° La section V quinquies du chapitre III du titre III de la deuxième partie du livre I<sup>er</sup> du code général des impôts est complétée par des articles 1635 bis AF à 1635 bis AH ainsi rédigés :

« Art. 1635 bis AF. – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un médicament mentionné à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des médicaments pris en charge et utilisés par les collectivités publiques, dans les conditions mentionnées aux articles L. 5123-2 à L. 5123-5 du code de la santé publique.

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

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

l'occasion d'une demande de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription est fixé, dans les mêmes conditions, dans les limites respectives de 60 % et de 20 % du droit perçu pour une demande d'inscription.

« III. – Le versement du droit est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. Ce droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.

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

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

« III. – Le versement du droit est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. Ce droit est recouvré selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.

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

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

« III. – Le versement du droit est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. Ce droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. » ;

2° Au III bis de l'article 1647, les mots : « 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés à l'article 1635 bis AE » sont remplacés par les mots : « 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés aux articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH ».

IV. – L'intitulé du 8° du VII de la section 2 du chapitre III du titre II de la première partie du livre des procédures fiscales est complété par les mots : « et Haute Autorité de santé ».

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

1° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

### Article 12

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

1° L'article 238 bis GC est ainsi rédigé :

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

2° L'article 1600-0 N est abrogé. La taxe mentionnée à cet article demeure cependant exigible pour toutes les ventes de médicaments et de produits de santé réalisées jusqu'au 31 décembre 2013 ;

3° L'article 1600-0 Q est ainsi modifié :

a) Aux premier et second alinéas du I et au II, la référence : « 1600-0 N, » est supprimée ;

b) Au second alinéa du III, les mots : « de manière séparée » et les mots : « afférente aux ventes de médicaments et produits de santé mentionnés au II de l'article 1600-0 N et celle » sont supprimés ;

c) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

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

## Propositions de la Commission

### Article 12

2° L'article 1600-0 N est abrogé.

**Amendement AS36**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

## Propositions de la Commission

### 4° (Supprimé)

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

III. – L'article L. 5121-18 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « de la contribution prévue au I de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale et de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts » et, après les mots : « ces taxes », sont insérés les mots : « ou contributions » ;

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

« Les ventes des médicaments exclus de l'assiette de la contribution prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale en application du III du même article doivent également faire l'objet de la déclaration prévue au premier alinéa du présent article par la personne qui assure en France l'exploitation, au sens de l'article L. 5124-1 du présent code, de ces médicaments.

« Toute personne qui assure en France l'exploitation, au sens du même article L. 5124-1, et la vente en France d'un médicament ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au 1° 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. »

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

### 1° (Supprimé)

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

3° À la fin de l'intitulé de la section 2 bis du chapitre V du titre IV du livre II, les mots : « prises en charge par l'assurance maladie » sont supprimés ;

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

4° L'article L. 245-6 est ainsi rédigé :

« Art. L. 245-6. – I. – II est institué une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.

« II. – La contribution prévue au I du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant :

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

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

« 3° D'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne, au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;

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

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

« 1° Les spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique ;

« 2° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros.

« IV. – Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution prévue au I du présent article s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national pour une liste de produits fixée par arrêté et dans des conditions définies par une convention tripartite passée entre l'État, un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les entreprises fabriquant ou exploitant des médicaments et un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les grossistes-répartiteurs.

« V. – Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,17 %.

« VI. – Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I est instituée pour les seules entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

« VII. – La contribution additionnelle prévue au VI du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux II, III et IV du présent article et inscrites sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

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

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

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

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

## Propositions de la Commission

« VI. – ...

... pour les entreprises ...

... code, ou d'une ou plusieurs spécialités ...  
... collectivités.

**Amendements AS38 et AS39**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

V. – Le 4° du IV du présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

### Article 12 bis

L'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;

b) À la seconde phrase, le mot : « seconde » est remplacé par le mot « deuxième » ;

c) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées :

« Une troisième part est constituée, pour les spécialités autres que celles mentionnées aux deux dernières phrases du premier alinéa de l'article L. 138-9, de la fraction du chiffre d'affaires hors taxes réalisée par l'entreprise au cours de l'année civile correspondant au montant de la marge rétrocedé aux pharmacies mentionnées au premier alinéa de l'article L. 138-1. Ce montant est égal à la différence entre la marge maximum mentionnée au deuxième alinéa du même article et la marge effectivement appliquée par l'entreprise. » ;

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

« Le montant de la contribution est calculé en appliquant :

« a) Un taux de 1,75 % à la première part ;

« b) Un taux de 2,25 % à la deuxième part, y compris lorsqu'elle est négative ;

« c) Un taux de 20 % à la troisième part.

« Le montant cumulé résultant des opérations effectuées sur les deux premières part de l'assiette de la contribution, conformément aux a et b, ne peut ni excéder 2,55 %, ni être inférieur à 1,25 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile. » ;

## Propositions de la Commission

*VI. – À titre transitoire, la taxe mentionnée à l'article 1600-0 N du code général des impôts demeure exigible pour toutes les ventes de médicaments et de produits de santé réalisées jusqu'au 31 décembre 2013.*

### Amendement AS36

### Article 12 bis

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

---

3° Après la dernière occurrence du mot : « première », la fin de la première phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « et de la troisième parts. »

### Article 12 ter

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

1° L'article L. 912-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 912-1. – I. – Les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés à l'article L. 911-1 peuvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, prévoir l'institution de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations autres que celles versées en contrepartie d'une cotisation, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge gratuite de la cotisation pour certains salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.

« Dans ce cas, les accords peuvent organiser la couverture des risques concernés en recommandant un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ou une ou plusieurs institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances, sous réserve du respect des conditions définies au II du présent article.

« II. – La recommandation mentionnée au I doit être précédée d'une procédure de mise en concurrence des organismes ou institutions concernés, dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats et selon des modalités prévues par décret.

« Le ou les organismes ou institutions ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord. Ils sont tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés.

« III. – Les accords mentionnés au I comportent une clause fixant dans quelles conditions et selon quelle périodicité, qui ne peut excéder cinq ans, les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées. La procédure prévue au premier alinéa du II est applicable à ce réexamen.

« IV. – Les accords mentionnés au I peuvent prévoir que certaines des prestations nécessitant la prise en compte d'éléments relatifs à la situation des salariés ou sans lien direct avec le contrat de travail les liant à leur employeur sont financées et gérées de façon mutualisée, selon des modalités

## Propositions de la Commission

---

### Article 12 ter

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

fixées par décret en Conseil d'État, pour l'ensemble des entreprises entrant dans leur champ d'application. » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 137-15 est complété par les mots : « , sous réserve de l'application du 2° de l'article L. 137-16 » ;

3° Après le deuxième alinéa de l'article L. 137-16, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation, respectivement, au deuxième alinéa du présent article et au dernier alinéa de l'article L. 137-15, lorsque l'entreprise est couverte par un accord professionnel ou interprofessionnel comportant une clause de recommandation, dans les conditions prévues à l'article L. 912-1, mais choisit de souscrire un contrat auprès d'un autre assureur que le ou les organismes assureurs recommandés, les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance sont assujetties au forfait social :

« 1° Au taux mentionné au premier alinéa du présent article, pour les entreprises d'au moins dix salariés ;

« 2° Au taux mentionné au deuxième alinéa, pour les entreprises de moins de dix salariés. »

II. – Le 1° du I entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2014. Les 2° et 3° du I entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, pour les sommes et les contributions versées à compter de cette même date.

### Article 13

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

### Article 14

Le II quinquiés de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « 2018 de la branche mentionnée au 3° » sont remplacés par les mots : « 2017 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° » et, après les mots : « même code », sont insérés les mots : « , déduction faite de la part des déficits de l'exercice 2011 couverte en application du II *quater* du présent article » ;

2° Les deux dernières phrases du premier alinéa sont remplacées par une phrase ainsi rédigée :

## Propositions de la Commission

### Article 13

*(Sans modification)*

### Article 14

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Les versements, dont les dates et montants sont fixés par décret et qui peuvent faire l'objet d'acomptes provisionnels, interviennent au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012. » ;

3° Le second alinéa est ainsi rédigé :

« Dans le cas où le montant des déficits mentionnés au premier alinéa du présent II *quinquies* excède les plafonds qui y sont cités, les transferts sont affectés, par priorité, à la couverture des déficits de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 dudit code, puis de ceux du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, puis des déficits les plus anciens de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 dudit code et, enfin, des déficits de la branche mentionnée au 4° du même article. »

### Article 15

I. – Après la référence : « L. 651-2-1 », la fin du 4° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « , les produits financiers mentionnés à ce même alinéa, ainsi que le reliquat du produit au titre des exercices antérieurs à 2011, dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ; ».

II. – Au premier alinéa du I de l'article L. 137-13 et au premier alinéa de l'article L. 137-14 du même code, les mots : « des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires » sont remplacés par les mots : « de la Caisse nationale des allocations familiales ».

III. – (Supprimé)

III bis. – Au premier alinéa de l'article L. 137-14 du même code, les mots : « définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A » sont remplacés par les mots : « mentionnés au I des articles 80 bis et 80 quaterdecies ».

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

V. – Au premier alinéa de l'article L. 137-19 du même code, les mots : « de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « des allocations familiales ».

VI. – Le deuxième alinéa de l'article L. 137-24 du

## Propositions de la Commission

### Article 15

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

## Propositions de la Commission

même code est ainsi rédigé :

« Le surplus du produit de ces prélèvements est affecté à la Caisse nationale des allocations familiales. »

VII. – Au premier alinéa de l'article L. 139-1 du même code, les références : « et des articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 » sont supprimées.

VIII. – Au 9° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, la référence : « 1010, » est supprimée.

IX. – L'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du deuxième alinéa, le taux : « 56,8 % » est remplacé par le taux : « 53,5 % » ;

b) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,1 % » est remplacé par le taux : « 27,5 % » ;

c) À la fin du dernier alinéa, le taux : « 16,1 % » est remplacé par le taux : « 19 % » ;

2° Le 7° est ainsi modifié :

a) À la fin du a, le taux : « 68,14 % » est remplacé par le taux : « 60 % » ;

b) (nouveau) À la fin du b, le taux : « 7,27 % » est remplacé par le taux : « 8,97 % » ;

c) À la fin du c, le taux : « 9,46 % » est remplacé par le taux : « 17,6 % » ;

d) Au début du e, les mots : « Aux branches mentionnées aux 1° et » sont remplacés par les mots : « À la branche mentionnée au » et le taux : « 9,18 % » est remplacé par le taux : « 7,48 % » ;

3° Il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

« 2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ; »

4° Il est rétabli un 4° ainsi rédigé :

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

« 4° ...

égales ...

... salariés ; »

... affecté, à parts

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

salariés ; »

5° Il est rétabli un 5° ainsi rédigé :

« 5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-13, L. 137-14, L. 137-18, L. 137-19 et L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ; ».

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

	Pour les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %	Pour les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 8 %
Caisse nationale d'assurance vieillesse	16 points	6,4 points
Fonds mentionné à l'article L. 135-1	4 points	1,6 point
dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1	0,5 point	0,5 point

X bis. – Le 4° de l'article L. 241-2 du même code est abrogé.

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

1° Le deuxième alinéa du II est supprimé ;

2° À l'avant-dernier alinéa, le taux : « 2,75 % » est remplacé par le taux : « 1,15 % » ;

3° Le dernier alinéa est supprimé ;

4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« – une part correspondant à un taux de 2,05 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »

XII. – L'article L. 136-8 du même code est ainsi modifié :

1° Le IV est ainsi modifié :

a) Après les mots : « à un taux », la fin du 1° est ainsi rédigée : « de 0,87 % ; »

## Propositions de la Commission

### Amendement AS95

« 5° ...

... et  
au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 ...  
... L. 200-2 ; ».

### Amendement AS37

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

b) Après les mots : « à un taux », la fin du 2° est ainsi rédigée : « de 0,85 % » ;

c) Le 4° est ainsi modifié :

– au a, les mots : « Sous réserve des dispositions du g, » sont supprimés et le taux : « 5,25 % » est remplacé par le taux : « 5,20 % » ;

– au b, le taux : « 4,85 % » est remplacé par le taux : « 4,80 % » ;

– au c, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 5,90 % » ;

– au d, le taux : « 3,95 % » est remplacé par le taux : « 3,90 % » ;

– au e, le taux : « 4,35 % » est remplacé par le taux : « 4,30 % » ;

– le g est abrogé ;

2° Il est ajouté un VI ainsi rédigé :

« VI. – 1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir le produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article.

« 2. Il en est de même pour les produits recouverts simultanément aux contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7. »

XIII. – Le III de l'article 17 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « l'année 2013 » sont remplacés par les mots : « les années 2013 et 2014 » ;

1° bis Le début du 1° est ainsi rédigé : « 1° Pour l'année 2013, le... (le reste sans changement). » ;

2° Le 2° est ainsi modifié :

a) Après le mot : « sociale, », sont insérés les mots : « pour l'année 2013, » ;

b) Sont ajoutés les mots : « ; pour l'année 2014, le taux : "0,85 %" est remplacé par le taux : "0,892 %" et, à la fin du 3° du même IV, le taux : "0,1 %" est remplacé par le taux : "0,058 %" » ;

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 3° Pour l'année 2014, le produit de la contribution instituée au I du présent article est affecté pour une part de 80,38 % à la section mentionnée au II de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, pour une part de 4,24 % à la section mentionnée au IV du même article et pour une part de 15,39 % à la section mentionnée au V bis dudit article. »

XIV. – L'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les 4° et 5° sont abrogés ;

2° et 3° (Supprimés)

XV. – Après la première phrase du dernier alinéa du VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, est insérée une phrase ainsi rédigée :

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

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

Pour 2015 et les années suivantes, le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 avril 2014, un rapport sur les réformes envisageables du financement de la protection sociale au regard des objectifs de pérennité de notre système de protection sociale, de performance économique, sociale et environnementale du système productif français et de justice et de progressivité des prélèvements sociaux comme fiscaux.

Article 15 bis

Après l'article 520 A du code général des impôts, il est inséré un article 520 B ainsi rédigé :

## Propositions de la Commission

XV. – ...

ainsi rédigées : ... 2011, sont insérées deux phrases

**Amendement AS40**

Le Gouvernement remet ...

... pérennité du système ...

... sociaux et fiscaux.

**Amendements AS96, AS97 et AS98**

Article 15 bis

Après l'article 1613 bis du code général des impôts, il est inséré un article 1613 bis A ainsi rédigé :

**Amendement AS171**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

« 2° Contenant des sucres ajoutés ;

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

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 100 € par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au Journal Officiel.

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

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

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

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons

## Propositions de la Commission

« Art. 1613 bis A. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons *dites* énergisantes contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres, destinées à la consommation humaine :

### Amendements AS171, AS170 et AS173

« 2° Contenant des sucres *naturels*, ajoutés *ou des* *édulcorants de synthèse* ;

### Amendement AS172

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

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

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

### Article 15 ter

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

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

« 2° ter À 14 % pour les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative et les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire qui ne satisfont pas à l'ensemble des conditions prévues au 2° bis respectivement pour ces deux types de contrat ; »

## Propositions de la Commission

### Article 15 ter

*1° A Le 2° bis est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ne sont pas exigées pour les contrats relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative ou à des opérations collectives à adhésion obligatoire couvrant exclusivement le versement d'indemnités journalières à l'assuré lorsque son état physique nécessite un arrêt temporaire de travail. »*

### Amendement AS174

« 2° ter ...

... pas aux conditions ...

... contrat ; »

### Amendement AS175

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

« I. – Les départements perçoivent une part du produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance mentionnée aux articles 991 à 1004 du code général des impôts, selon les modalités définies au dernier alinéa de l'article 1001 du même code. » ;

2° Le IV est abrogé.

III. – Le présent article s'applique aux primes ou cotisations échues à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

### Article 16

I. – Les quatre premiers alinéas de l'article L. 6243-3 du code du travail sont ainsi rédigés :

« L'État prend en charge les cotisations et contributions sociales des apprentis qui font l'objet d'exonérations, dans les conditions suivantes :

« 1° Sur une base forfaitaire globale, pour les cotisations dues au titre des articles L. 3253-14, L. 5423-3 et L. 5424-15 ;

« 2° Sur la base d'un taux forfaitaire déterminé par décret, pour le versement pour les transports prévu aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;

« 3° Sur une base forfaitaire suivant des modalités déterminées par décret, pour les autres cotisations et contributions. »

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

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

## Propositions de la Commission

### Article 16

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

1° Les deux premiers alinéas de l'article L. 120-26 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

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

« Les taux de ces cotisations et contributions sont fixés selon les modalités prévues aux articles L. 136-8, L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée. Pour la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, un taux forfaitaire est fixé par arrêté.

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

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

2° Les deux derniers alinéas de l'article L. 120-28 sont supprimés.

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

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

2° De la taxe sur les salaires ;

3° De la taxe d'apprentissage ;

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

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

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### Article 17

Est approuvé le montant de 3,8 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

### Section 2

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

### Article 18

Pour l'année 2014, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	188,0	194,1	-6,2
Vieillesse	219,4	221,0	-1,6
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,3	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	464,7	474,6	-10,0

### Article 19

Pour l'année 2014, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	163,7	169,9	-6,2
Vieillesse	116,0	117,2	-1,2
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,0	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	336,6	346,2	-9,6

## Propositions de la Commission

### Article 17

(Sans modification)

### Section 2

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

### Article 18

(Sans modification)

### Article 19

(Sans modification)

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### Article 20

I. – Pour l'année 2014, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	20,4	-3,2

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

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes fiscales	0,1
Total	0,1

### Article 21

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2014 à 2017), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

## Propositions de la Commission

### Article 20

(Sans modification)

### Article 21

(Cf. annexe B)

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### Section 3

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

### Article 22

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

1° L'article L. 131-6-2 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

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

b) Au troisième alinéa, après les mots : « d'activité », sont insérés les mots : « de l'année au titre de laquelle elles sont dues » ;

c) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « sur la base du dernier revenu d'activité connu ou » sont supprimés ;

2° Le second alinéa du I de l'article L. 133-6-2 est supprimé ;

3° L'article L. 722-4 est ainsi modifié :

a) À la fin, les mots : « , appréciés en application de l'article L. 131-6 » sont supprimés ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

II. – A. – Les 1° et 2° du I s'appliquent aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

B. – Par dérogation au A du présent II, le 1° du I s'applique aux cotisations de sécurité sociale recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1 du code de la sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

C. – Le 3° du I s'applique aux cotisations sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

## Propositions de la Commission

### Section 3

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

### Article 22

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### Article 23

I. – Les conditions dans lesquelles les employeurs mentionnés au I de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ainsi que ceux qui ont recours à un tiers pour l'accomplissement de leurs déclarations de cotisations sociales sont soumis, en fonction du montant annuel de leurs cotisations, à l'obligation de déclaration sociale nominative au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2015 sont fixées par décret.

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

1° La section 5 du chapitre III du titre IV du livre II est abrogée ;

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

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

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

3° La section 2 bis du même chapitre III bis est complétée par un article L. 133-6-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-6-7-2. – Les travailleurs indépendants non agricoles sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. Le seuil au delà duquel ces formalités s'imposent est fixé par décret, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales ou, pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 133-6-8, en fonction du chiffre d'affaires. La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5. » ;

## Propositions de la Commission

### Article 23

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

4° Aux articles L. 612-10 et L. 623-1, la référence : « L. 243-14 » est remplacée par la référence : « L. 133-5-5 » ;

5° (Supprimé)

6° À l'article L. 722-5, les références : « des sections 4 et 5 » sont remplacées par la référence : « de la section 4 » et la référence : « de l'article L. 374-1 » est remplacée par les références : « des articles L. 133-6-7-2 et L. 374-1 ».

B. – L'article L. 1221-12-1 du code du travail est ainsi rédigé :

« Art. L. 1221-12-1. – Sont tenus d'adresser les déclarations préalables à l'embauche par voie électronique :

« 1° Les employeurs dont le personnel relève du régime général de sécurité sociale, autres que les particuliers employant un salarié à leur service, et dont le nombre de déclarations préalables à l'embauche accomplies au cours de l'année civile précédente excède un seuil fixé par décret ;

« 2° Les employeurs dont le personnel relève du régime de protection sociale agricole et dont le nombre de déclarations préalables à l'embauche accomplies au cours de l'année civile précédente excède un seuil fixé par décret.

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

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

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

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

« Dans les départements d'outre-mer, ainsi que dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon, la déduction de cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle est majorée d'un montant fixé par décret. » ;

2° Au début de la seconde phrase, les mots : « Cette déduction n'est cumulable » sont remplacés par les mots : « Ces déductions ne sont cumulables ».

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

A bis. – Au dernier alinéa de l'article L. 133-8 du même code, les mots : « une attestation d'emploi se substituant à la remise du bulletin de paie prévue à » sont remplacés par les mots : « un document valant bulletin de paie, au sens de ».

A ter. – À la dernière phrase du premier alinéa du II de l'article L. 243-1-2 du même code, les mots : « salaire ou l'attestation d'emploi » sont remplacés par les mots : « paie ou le document mentionné à l'article L. 133-8 ».

B. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° A Au dernier alinéa de l'article L. 1271-3, les mots : « une attestation d'emploi se substituant à la remise du bulletin de paie prévue à » sont remplacés par les mots : « un document valant bulletin de paie, au sens de » ;

1° B Le premier alinéa de l'article L. 1271-4 est ainsi modifié :

a) Au début de la première phrase, sont ajoutés les mots : « Pour les salariés dont le nombre d'heures de travail effectuées n'excède pas un seuil fixé par décret, » ;

b) À la même phrase, après le mot : « indemnité », il est inséré le mot : « compensatrice » ;

c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le présent alinéa est applicable également au delà du seuil précité en cas d'accord entre l'employeur et le salarié. » ;

1° À la fin de l'article L. 1522-1, les mots : « lorsque celui-ci a la nature d'un titre spécial de paiement » sont supprimés ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 1522-4 est supprimé.

Article 23 bis

Après la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-17-2-1, du seizième alinéa de l'article L. 162-17-4, du troisième alinéa du II de l'article L. 162-17-4-1, de l'avant-dernier alinéa des articles L. 162-17-7 et L. 162-17-8, du dernier alinéa du II de l'article L. 165-1-2, de l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 165-3 et des articles L. 165-5, L. 165-8-1 et L. 165-13 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée :

## Propositions de la Commission

Article 23 bis

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

*I. – À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 16217-2-1, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « selon les modalités prévues aux articles L. 137-3 et L. 137-4 » ;*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. »

### Article 24

À titre exceptionnel, il est prélevé, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une somme égale à 65 % des réserves, constatées au 31 décembre 2013, du fonds national de gestion technique des agents en activité et de leurs ayants droit de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

### Article 25

I. – Au premier alinéa du I de l'article 38 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les mots : « l'année 2013 » sont remplacés par les mots : « les années 2013 à 2017 ».

II. – A. – Par dérogation aux articles L. 1224-1 et L. 1224-3 du code du travail, les salariés de la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines bénéficiaires, à la date de publication de la présente loi, d'un contrat de travail à durée indéterminée et dont les activités sont transférées vers une autre entité juridique optent individuellement :

1° Soit pour leur mise à disposition auprès du nouvel employeur par la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, dans les conditions prévues aux articles L. 8241-1 et L. 8241-2 du même code ;

## Propositions de la Commission

*II. – La première phrase du seizième alinéa de l'article L. 162-17-4, du troisième alinéa du II de l'article L. 162-17-4-1, de l'avant-dernier alinéa des articles L. 162-17-7 et L. 162-17-8, du dernier alinéa du II de l'article L. 165-1-2, de l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 165-3 et de l'avant dernier alinéa des articles L. 165-5, L. 165-8-1 et L. 165-13 est complétée par les mots : « selon les modalités prévues aux articles L. 137-3 et L. 137-4. »*

### Amendement AS41

### Article 24

*(Sans modification)*

### Article 25

1° Soit pour leur mise à la disposition du nouvel ...

... code ;

### Amendement AS108

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

2° Soit pour le transfert de leur contrat de travail, dans les conditions prévues par ledit code. Dans ce cas, les salariés bénéficiant, à la date du transfert, de certains avantages en nature présentant un caractère viager peuvent se voir proposer une indemnité compensatrice, dont les modalités sont déterminées par accord collectif. Si aucun accord collectif n'est conclu dans les six mois suivant la publication de la présente loi ou si celui-ci n'est pas agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale, les modalités peuvent être déterminées par décret.

B. – À défaut d'exercice du droit d'option, le 2° du A s'applique au salarié dont l'activité est transférée.

C. – Dans les quinze mois suivant le transfert de l'activité, le salarié dont le contrat a été transféré peut demander à réintégrer les effectifs de la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, dans les conditions de son précédent contrat et sous réserve, le cas échéant, du remboursement de l'indemnité compensatrice mentionnée au 2° du A. Dans ce cas, le salarié est mis à disposition dans les conditions prévues au 1° du même A.

D. – Les modalités d'exercice du droit d'option sont fixées par décret.

### Article 26

Sont habilités en 2014 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

(en millions d'euros)

	Montants limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	34 500
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	3 500
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	950
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	900
Caisse nationale des industries électriques et gazières	440
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	450
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	15

## Propositions de la Commission

2° ...

... modalités de cette indemnité peuvent être déterminées par décret.

### Amendement AS99

### Article 26

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### QUATRIEME PARTIE

#### DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR L'EXERCICE 2014

##### Section 1

##### *Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie*

##### Article 27 A

La section 6 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-31-1 ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

## Propositions de la Commission

### QUATRIEME PARTIE

#### DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR L'EXERCICE 2014

##### Section 1

##### *Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie*

##### Article 27 A

« Art. L. 162-31-1. – I. – ...

... patients souffrant de pathologies chroniques. Ces projets ...

... œuvre.

**Amendement AS155**

« II. – ...

... dérogé :

« I<sup>o</sup> Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

## Propositions de la Commission

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

« 3° Aux 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« 4° Aux articles L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations ;

« 5° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« 6° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code. »

### Amendement AS156

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

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

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

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

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### Article 27

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

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

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

2° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase, après le mot : « convention », sont insérés les mots : « ou un nouvel accord » ;

b) La troisième phrase est complétée par les mots : « ou d'un nouvel accord ».

### Article 27 bis

I. – Le 2° de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces conditions prévoient que les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte prévus par ces conventions font l'objet, au plus tard trois mois après la conclusion de ces conventions ou d'avenants à ces conventions, d'un examen par les instances conventionnelles prévues par l'accord, en vue de leur intégration au sein de celui-ci, dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 162-32-2 ; ».

II. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des centres de santé disposent d'un délai de neuf mois à compter de la promulgation de la présente loi pour réviser l'accord conclu en application de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale.

### Article 28

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

1° A À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 4011-1, la seconde occurrence du mot : « et » est remplacée par le mot : « à » ;

## Propositions de la Commission

### Article 27

*(Sans modification)*

### Article 27 bis

*(Sans modification)*

### Article 28

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

1° L'article L. 4011-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4011-2. – Les professionnels de santé peuvent soumettre à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. Ces derniers précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Ces protocoles sont accompagnés d'un modèle économique précisant notamment les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés. Ce modèle économique est établi avec l'appui de l'agence régionale de santé. Son contenu est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Après avoir vérifié que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional, le directeur général de l'agence régionale de santé en autorise la mise en œuvre par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé et après avis du collège des financeurs prévu à l'article L. 4011-2-1. Cet arrêté précise la durée du protocole. » ;

2° Après le même article L. 4011-2, sont insérés des articles L. 4011-2-1 à L. 4011-2-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 4011-2-1. – Un collège des financeurs, composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'assurance maladie et de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, émet, pour chacun des protocoles de coopération transmis par l'agence régionale de santé, un avis portant sur le modèle économique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 4011-2 ainsi que sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et sa durée.

« Cet avis est transmis à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

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

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

« a) Articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

## Propositions de la Commission

« Art. L. 4011-2-1. – ...

... dérogatoire et la durée de celle-ci.

**Amendement AS157**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

« L'agence transmet ces éléments, accompagnés de son avis sur la pérennisation de ce protocole, à la Haute Autorité de santé et au collège des financeurs. La Haute Autorité de santé réalise une évaluation médico-économique du protocole et rend un avis sur son efficience.

« II. – Sur la base des éléments transmis par l'agence et de l'avis de la Haute Autorité de santé, le collège des financeurs rend un avis sur le maintien et, le cas échéant, sur la prise en charge financière du protocole soit à titre dérogatoire pour une durée limitée, soit à titre pérenne par une inscription des actes concernés sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Dans le cas d'un avis favorable du collège des financeurs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut maintenir le protocole pour une durée qu'il fixe.

« III. – Lorsque, en application du II, le collège des financeurs rend un avis favorable au maintien et, le cas échéant, à la prise en charge financière d'un protocole de coopération, la Haute Autorité de santé peut étendre ce protocole à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de santé peut autoriser la mise en œuvre du protocole par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision. »

II. – Après le 8° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

## Propositions de la Commission

« II. – ...

... titre *définitif* par ...

... qu'il fixe.

**Amendement AS158**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

III. – Les professionnels de santé dont les protocoles de coopération ont fait, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014, l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de santé ou d'un arrêté d'autorisation par une ou plusieurs agences régionales de santé peuvent soumettre au collège des financeurs une demande d'avis sur le modèle économique des protocoles concernés, dans les conditions prévues à l'article L. 4011-2 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant du présent article.

Sur avis du collège des financeurs, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent autoriser le financement dérogatoire de ces protocoles, dans les conditions prévues à l'article L. 4011-2-2 du même code.

### Article 29

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

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

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

Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires.

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

1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

## Propositions de la Commission

### Article 29

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1 ;

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

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

Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique par l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux régions pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

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

IV. – Au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016.

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### Article 29 bis

Chaque année, avant l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la situation des déserts médicaux en France. Ce rapport présente notamment les inégalités géographiques et les zones sous-dotées en médecins généralistes et spécialistes et en infirmiers. Il évalue également les disparités financières et les zones particulièrement exposées aux dépassements d'honoraires. Enfin, il comprend une évaluation précise de l'expérimentation du praticien territorial de médecine générale ainsi que de ses possibilités d'évolution ou d'extension.

### Article 30

I. – Le premier alinéa de l'article L. 722-6 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , ainsi qu'à celles prévues au 5° de l'article L. 321-1 selon les modalités prévues à l'article L. 722-8-2 ».

II. – L'article L. 722-8-2 du même code est ainsi rétabli :

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

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

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

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

## Propositions de la Commission

### Article 29 bis

Chaque ...

... situation des *zones médicalement sous-dotées* en France. Ce ...

... financières *d'accès aux soins* et les zones où sont constatés le plus de dépassements ...

... précise du dispositif prévu à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique relatif au praticien ...

... d'extension.

### Amendements AS159, AS160, AS161 et AS162

### Article 30

(Sans modification)

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### Article 31

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

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

1° bis Après le mot : « hospitalières », la fin du cinquième alinéa est ainsi rédigée : « reposant notamment sur une analyse des prescriptions des praticiens exerçant dans l'établissement non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1 du présent code. » ;

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

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

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

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

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

## Propositions de la Commission

### Article 31

1° bis Après ...

... exigence prévue à l'article L 321-1 du présent code de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire.

**Amendement AS163**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

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

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut attribuer un financement à l'établissement de santé pour le lancement de l'expérimentation. En cas de constatation d'une réduction des dépenses de transport au cours de l'expérimentation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut allouer une dotation d'intéressement à l'établissement de santé. Les sommes attribuées pour le lancement des expérimentations et les dotations d'intéressement sont financées par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

C. – La convention d'expérimentation détermine :

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

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

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

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

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

5° Les conditions d'interruption de l'expérimentation avant son échéance triennale et de retour aux modalités de financement de droit commun ;

6° Les conditions dans lesquelles l'expérimentation prend fin à son échéance triennale et celles permettant le retour aux modalités de financement de droit commun.

D. – Chaque expérimentation menée par un établissement de santé fait l'objet d'une évaluation annuelle conduite par l'agence régionale de santé. L'expérimentation prévue au présent article fait l'objet d'un rapport d'évaluation du Gouvernement, qui est transmis au Parlement au plus tard le 30 septembre 2016.

E. – Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent III, notamment les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation et les modalités de financement et d'intéressement prévues par la convention mentionnée au B.

### Article 32

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

1° L'article L. 221-1-1 est abrogé ;

2° Après le 8° de l'article L. 221-1, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

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

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

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

III. – Au troisième alinéa de l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les mots : « , dont le montant » sont remplacés par les mots : « composée de deux parts, l'une au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement du centre et l'autre au titre du financement des contrats d'engagement

## Propositions de la Commission

### Article 32

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

de service public. Le montant de la dotation ».

### Article 33

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

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

« Art. L. 162-22-8-1. – Lorsqu'elles répondent à des critères d'isolement géographique, les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par des établissements de santé situés dans des zones à faible densité de population peuvent être financées selon des modalités dérogatoires aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10, sous réserve que les prestations d'hospitalisation assurées par ces établissements et la situation financière de ceux-ci le justifient. Un décret en Conseil d'État détermine ces modalités dérogatoires de financement, les critères permettant de caractériser l'isolement géographique des activités concernées ainsi que les critères d'éligibilité des établissements de santé tenant, d'une part, à la densité de population des zones dans lesquelles ils sont situés et, d'autre part, aux prestations qu'ils assurent et à leur situation financière.

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

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

a) Les mots : « pour assurer des activités de soins » et les mots : « afférents à ces activités » sont supprimés ;

b) Après le mot : « honoraires », sont insérés les mots : « liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens » ;

3° La sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> est ainsi modifiée :

a) Après l'article L. 162-22-9-1, il est inséré un article L. 162-22-9-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-9-2. – L'État peut fixer, pour tout ou partie des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volume d'activité.

## Propositions de la Commission

### Article 33

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation d'hospitalisation d'un établissement de santé soumise aux dispositions du premier alinéa est supérieur au seuil fixé en application de ce même alinéa, le tarif national mentionné au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicable à la prestation concernée est minoré pour la part d'activité réalisée au delà de ce seuil par l'établissement.

« Les dispositions prévues au deuxième alinéa tiennent compte du taux d'évolution ou du volume d'activité d'une prestation d'hospitalisation résultant d'une création ou d'un regroupement d'activités.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article, notamment les critères pris en compte pour fixer les seuils, les modalités de mesure de l'activité et de minoration des tarifs ainsi que les conditions de mise en œuvre des minorations après constatation du dépassement du seuil fixé pour une prestation. » ;

b) Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

– après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

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

– au dernier alinéa, la référence : « au 2° » est remplacée par les références : « aux 2° et 5° ».

II. – Avant le 31 mai 2014, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la réforme du modèle de financement des établissements de santé. Ce rapport détaille notamment les pistes envisagées pour intégrer des critères de pertinence des soins et de qualité des prises en charge dans la tarification des établissements et pour mieux contrôler l'évolution des volumes d'activité en fonction de ces critères.

### Article 33 bis

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

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Après le mot : « code », la fin de la première phrase est supprimée ;

b) La deuxième phrase est supprimée ;

## Propositions de la Commission

« Lorsque ...

... prestation *ou d'un ensemble de prestations* d'hospitalisation d'un établissement de santé *soumis* aux dispositions ...

... application *du même alinéa, les tarifs mentionnés* au 1° du I de l'article L. 162-22-10 *applicables* à la prestation *ou à l'ensemble de prestations concernés* sont *minorés* pour la part d'activité réalisée au-delà de ce seuil par l'établissement.

### Alinéa supprimé

« Un ...

... *dépassement des seuils. La mesure de l'activité tient compte des situations de création ou de regroupement d'activités.* »

### Amendement AS164

### Article 33 bis

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

« Concernant les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite ou de réadaptation, la mise sous accord préalable porte sur les établissements de santé en cas de constatation d'une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hospitalisation, dans le respect des référentiels établis par la Haute Autorité de santé sur la base d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie, après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés. »

### Article 34

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

Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10, L. 162-22-13 et L. 174-1 du même code, aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 dudit code en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup> et 9<sup>o</sup> de l'article L. 321-1 dudit code en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie, à l'article L. 162-2 du même code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade, aux articles L. 322-2 et L. 322-3 dudit code relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations et aux articles L. 314-2 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du même code.

Pour l'expérimentation de parcours de soins adaptés à la dialyse à domicile, il peut, en outre, être dérogé à l'article L. 4211-5 du code de la santé publique afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du même code pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en section A et D.

## Propositions de la Commission

« Concernant ...

... établissements de santé *prescripteurs* en cas ...

... hospitalisation . *Cette mise sous accord préalable s'effectue* dans le respect ...

... privés. »

### Amendements AS165 et AS166

### Article 34

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

Le contenu de chaque projet pilote est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition d'une ou plusieurs agences régionales de santé. Le cahier des charges détermine les catégories d'établissements de santé et médico-sociaux, de prestataires mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de santé publique et de professionnels de santé participant au projet pilote. La mise en œuvre est prévue par une convention conclue entre l'agence régionale de santé, les établissements de santé et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les professionnels concernés pour la durée de l'expérimentation et, le cas échéant, le promoteur de l'expérimentation.

C. – En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation des projets pilotes est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement avant le 30 septembre 2016.

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

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

Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, au paiement direct des honoraires par le malade prévu à l'article L. 162-2 du même code, ainsi qu'aux règles relatives aux relations conventionnelles entre les médecins et les organismes d'assurance maladie fixées aux articles L. 162-5 à L. 162-5-17 dudit code.

B. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par

## Propositions de la Commission

Le ...

*... conclue, pour la durée de l'expérimentation, entre l'agence régionale de santé, les établissements de santé et médico-sociaux et les professionnels concernés.*

**Amendement AS167**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

C. – En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement avant le 30 septembre 2016.

### Article 35

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

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

« Les transferts réalisés en cours d'année sont pris en compte en fin d'année par correction, d'une part, du montant de l'objectif mentionné au même article L. 174-1-1 et, d'autre part, de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique. »

II. – Le 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il peut être révisé en cours d'année pour tenir compte des transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale. »

### Article 36

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

1° Au second alinéa de l'article L. 162-22-14, les mots : « ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie » sont supprimés ;

## Propositions de la Commission

### Article 35

*(Sans modification)*

### Article 36

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

2° L'article L. 162-22-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « versés », sont insérés les mots : « aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, d'une part, et aux établissements mentionnés au d du même article, d'autre part, » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

3° L'article L. 174-2 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est supprimé ;

b) À la fin du dernier alinéa, les mots : « et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations » sont supprimés ;

3° bis (nouveau) À la fin du second alinéa des articles L. 174-2-2 et L. 174-9-1, la référence : « L. 174-2 » est remplacée par la référence : « L. 175-2 » ;

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

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

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

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

I bis. – Le second alinéa de l'article L. 6416-4 du code de la santé publique est supprimé.

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

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

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

2° Il est rétabli un VII ainsi rédigé :

« VII. – Jusqu'à la fin de la dérogation prévue au I, l'article L. 175-2 du code de la sécurité sociale s'applique également aux dépenses liées aux prestations d'hospitalisation. »

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

### Article 37

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

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

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

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

## Propositions de la Commission

### Article 37

I. – À titre expérimental, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014 et pour ...

... permet.

**Amendement AS56**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### Article 38

I. – Le titre II du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 15° de l'article L. 5121-1 est ainsi modifié :

a) Au début, est ajoutée la mention : « a ) » ;

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

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

« b) Groupe biologique similaire, le regroupement d'un médicament biologique de référence et de ses médicaments biologiques similaires, tels que définis au a du présent 15°. Ils sont regroupés au sein de la liste de référence des groupes biologiques similaires établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; »

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

a) À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « défini au », est insérée la référence : « a du » ;

b) Au début du troisième alinéa, est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

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

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

3° L'article L. 5121-20 est complété par un 19° ainsi rédigé :

« 19° La procédure d'inscription à la liste de référence des groupes biologiques similaires mentionnée au b du 15° de l'article L. 5121-1 et à l'article L. 5121-10-2 ainsi que le contenu de cette liste, précisant notamment le nom des médicaments biologiques concernés, leur dosage, leur posologie et leur indication thérapeutique. » ;

## Propositions de la Commission

### Article 38

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

## Propositions de la Commission

4° Après l'article L. 5125-23-1, sont insérés des articles L. 5125-23-1-1 et L. 5125-23-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 5125-23-1-1 (nouveau). – Dans le cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique, il porte sur la prescription la mention expresse “en initiation de traitement”. Lors du renouvellement du traitement, sauf dans l'intérêt du patient, le même médicament biologique que celui initialement délivré au patient est prescrit et le prescripteur porte sur la prescription la mention expresse “non substituable, en continuité de traitement”. Dans tous les cas, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse “non substituable” portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.

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

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

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

« 3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution ;

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

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

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

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

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

### Article 39

I. – La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, après la référence : « code de la santé publique », sont insérés les mots : « ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 » ;

b) La première phrase du dernier alinéa est ainsi modifiée :

– les mots : « ce dernier demande au » sont remplacés par le mot : « le » ;

– les mots : « de reverser » sont remplacés par le mot : « reverse » ;

– les mots : « tout ou partie de » sont supprimés ;

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

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

## Propositions de la Commission

### Article 39

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

appropriée validée par la Haute Autorité de santé et qui sont mentionnées dans l'autorisation de mise sur le marché ou font l'objet d'une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation.

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

« La prise en charge mentionnée aux deux premiers alinéas du présent article dure jusqu'à ce qu'une décision relative à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ait été prise et, le cas échéant, jusqu'à ce que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix ait été publié.

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

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

III. – Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport sur l'application du présent article.

### Article 40

I. – La section 1 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Les deux dernières phrases du premier alinéa de

## Propositions de la Commission

II. – ...

... dispositions *du même article 24* jusqu'au 1<sup>er</sup> août 2014.

**Amendement AS66**

### Article 40

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

## Propositions de la Commission

l'article L. 138-9 sont ainsi rédigées :

« Pour les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques en application des deux dernières phrases du b du même 5° et pour les spécialités de référence définies au a dudit 5° dont le prix de vente au public est identique à celui des autres spécialités du groupe générique auquel elles appartiennent, ce plafond est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et du budget, dans la limite de 50 % du prix fabricant hors taxes. Pour les spécialités non génériques soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité, le plafond est fixé par l'arrêté précité, dans la limite de 50 % du prix fabricant hors taxes correspondant au tarif forfaitaire de responsabilité. » ;

2° Il est ajouté un article L. 138-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 138-9-1. – Tout fournisseur des officines de spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est tenu de déclarer au Comité économique des produits de santé mentionné à l'article L. 162-17-3 du présent code les montants totaux, par année civile et par spécialité pharmaceutique, des chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties, conformément à l'article L. 138-9 du présent code, au titre des ventes de ces spécialités pharmaceutiques remboursables aux officines de pharmacie.

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

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

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

« Art. L. 138-9-1. – ...

... commerce, consentis, conformément ...

... pharmacie.

**Amendement AS67**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

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

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

II. – À titre transitoire et jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du I du présent article, les plafonds mentionnés aux deux dernières phrases du même alinéa sont fixés à 17 %.

### Article 40 bis

Après l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-1-1. – Pour les pharmacies mutualistes et les pharmacies de sociétés de secours minières, un arrêté précise, au vu de la convention mentionnée à l'article L. 162-16-1, notamment pour les dispositions prévues aux 2°, 4°, 5°, 7° et 8° de ce même article, celles qui leur sont rendues applicables ainsi que, le cas échéant, les conditions particulières auxquelles est subordonnée leur mise en œuvre. »

### Article 41

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

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

1° Le premier alinéa est précédé de la mention : « I. – » ;

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

« Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. » ;

## Propositions de la Commission

### Article 40 bis

*(Sans modification)*

### Article 41

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

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

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

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

B. – L'article L. 162-22-7-2 est abrogé.

II. – Le premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments. »

III. – L'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale continue de s'appliquer aux plans d'actions conclus avant la date de promulgation de la présente loi, jusqu'à leur échéance.

### Article 42

Le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

## Propositions de la Commission

### Article 42

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

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

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

2° L'article L. 162-1-7-1 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### Article 42 bis

Avant le 1<sup>er</sup> mai 2014, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à l'affectation de l'élargissement de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux au financement pérenne et indépendant des associations représentant les usagers du système de santé.

### Article 43

Après le quatrième alinéa de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

### Article 44

Le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 162-4-4, il est inséré un article L. 162-4-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-4-5. – Le médecin qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive et le biologiste médical qui effectue ces examens sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie. Le médecin est également tenu de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif. » ;

2° Il est rétabli un article L. 162-8-1 ainsi rédigé :

## Propositions de la Commission

### Article 42 bis

*(Sans modification)*

### Article 43

*(Sans modification)*

### Article 44

« Art. L. 162-4-5. – ...

... contraceptif, cette dispense étant prise en charge par l'Assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.

**Amendement AS127**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

### Article 45

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

A. – Le titre VI est ainsi modifié :

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

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

2° Le chapitre III est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 863-1, après le mot : « individuels », sont insérés les mots : « sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 863-6, respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et » ;

b) L'article L. 863-6 est ainsi rédigé :

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

« Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de

## Propositions de la Commission

« Art. L. 162-8-1. – ...

... contraceptif, cette dispense étant prise en charge par l'Assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.

### Amendement AS127

### Article 45

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

sélection des contrats, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie.

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

c) L'article L. 863-7 est ainsi rédigé :

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

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

1° À la fin de la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « visée à l'article L. 161-36-2 » sont remplacés par les mots : « mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique » ;

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

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

« Elles fixent les conditions, qui peuvent comprendre un niveau minimal de prise en charge et un plafond tarifaire, dans lesquelles peuvent être pris en charge des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale, ainsi qu'un

## Propositions de la Commission

*« Est obligatoire l'information du bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé par les organismes complémentaires de la date d'échéance du contrat, au minimum un mois avant l'échéance de ce contrat.*

**Amendement AS117**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

plafond pour la prise en charge des dépassements d'honoraires perçus lors de consultations ou d'autres actes des médecins. »

II. – Les articles L. 863-1, L. 863-6 et L. 863-7 s'appliquent aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

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

### Article 45 bis

L'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Au début, sont ajoutés les mots : « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, » ;

b) Les mots : « dispositifs médicaux à usage individuel » sont remplacés par les mots : « produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi rédigée :

« Des accords peuvent également être conclus au niveau national pour prévoir des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnés aux articles L. 861-3 et L. 863-2. » ;

b) La seconde phrase est complétée par les mots : « et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » ;

3° À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « les organismes nationaux » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses ».

### Article 45 ter

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

« Le droit à cette déduction est renouvelé automatiquement pour les personnes qui bénéficient de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des

## Propositions de la Commission

### Article 45 bis

b) Les ...

... prestations *de santé* mentionnés à l'article L. 165-1 » ;

### Amendement AS68

### Article 45 ter

(*Sans modification*)

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse. »

### Article 46

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

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) La référence : « de l'article L. 621-70 » est remplacée par la référence : « du livre VI » ;

b) Les mots : « la commission de recours amiable de la caisse mutuelle régionale » sont remplacés par les mots : « la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la commission de recours amiable de la caisse du régime social des indépendants » ;

c) Les mots : « décision de la caisse mutuelle régionale » sont remplacés par les mots : « décision desdites commissions » ;

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

II. – Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° L'article L. 732-15, dans sa rédaction antérieure à celle résultant du 8° du I de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour bénéficier du règlement des indemnités journalières prévues à l'article L. 732-4, l'assuré doit être à jour de la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1.

« Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application du livre VI du code de commerce ou lorsque la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la caisse de mutualité sociale agricole accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux indemnités journalières à compter du prononcé du jugement ou de la décision de la commission ou de la caisse, sous réserve que l'échéancier de paiement concernant la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1 soit respecté.

## Propositions de la Commission

### Article 46

1° L'article L. 732-15 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

**Amendement AS69**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Un décret fixe les conditions d'application du présent article. » ;

2° L'article L. 732-4, dans sa rédaction résultant du 3° du I du même article 71, est ainsi modifié :

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

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

b) À l'avant-dernier alinéa, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 323-5, » ;

3° L'article L. 752-24 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Tout accident du travail et toute maladie professionnelle dont sont victimes le chef d'exploitation ou les autres personnes mentionnées à l'article L. 752-1 est déclaré à la caisse de mutualité sociale agricole dans un délai et des conditions fixés par décret. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée. Il appartient à la caisse de mutualité sociale agricole saisie d'une déclaration d'accident d'apporter la preuve de son caractère non professionnel. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « l'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et les mots : « de la mutualité sociale agricole » sont supprimés ;

4° Après l'article L. 732-8, il est inséré un article L. 732-8-1 ainsi rédigé :

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

## Propositions de la Commission

« En ...

... sanction. Un décret ...

... prononcée. » ;

**Amendement AS71**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

5° À l'article L. 762-13-1, dans sa rédaction résultant du 10° du I de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 précitée, la référence : « de l'article L. 731-13 » est remplacée par les références : « des articles L. 731-13, L. 731-35-1 et L. 732-15 ».

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

a) Après la référence : « L. 723-1 », la fin de la première phrase du second alinéa du b du 1° du I de l'article 37 est supprimée ;

b) Le 8° du I de l'article 71 est abrogé.

### Article 46 bis

Le Gouvernement remet au Parlement, tous les ans avant le 30 septembre, un rapport sur l'application de la réglementation relative aux conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières prévues à l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale.

### Article 46 ter

Avant la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités d'adaptation des conditions d'attribution des indemnités journalières au titre de l'assurance maladie et maternité. Ce rapport présente notamment la possibilité d'une prise en compte au prorata des heures travaillées.

### Article 47

Le chapitre X du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

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

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

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

« Ces crédits viennent abonder le budget de chaque agence régionale de santé, à hauteur d'une contribution arrêtée par

## Propositions de la Commission

### Article 46 bis

**Supprimé**

### Amendement AS60

### Article 46 ter

*(Sans modification)*

### Article 47

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine également les conditions d'utilisation et d'affectation de ces crédits, ainsi que celles dans lesquelles les agences régionales de santé rendent compte de son exécution. » ;

b) À la fin du dernier alinéa, les mots : « visés par le présent article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au b ».

### Article 47 bis

L'article 67 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est abrogé.

### Article 48

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 263,34 millions d'euros pour l'année 2014.

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

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

IV. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 91,37 millions d'euros pour l'année 2014.

V. – 1. Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2014, à 162 millions d'euros, selon une répartition entre les régimes arrêtée par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

## Propositions de la Commission

### Article 47 bis

*(Sans modification)*

### Article 48

IV. – ...

... accompagnements des  
personnes ...  
... 2014.

**Amendement AS168**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

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

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

### Article 49

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

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

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

### Article 50

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

*(en milliards d'euros)*

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	81,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge	1,7
Total	179,2

## Propositions de la Commission

### Article 49

*(Sans modification)*

### Article 50

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### Article 50 bis

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 3° de l'article L. 162-39 est ainsi rédigé :

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

2° Il est rétabli un article L. 162-40 ainsi rédigé :

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

« Les frais occasionnés par les bénéficiaires de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 sont uniquement soumis au tarif de responsabilité ; le prix limite de facturation ne peut leur être opposé. »

### Article 50 ter

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

### Section 2

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

### Article 51

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

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

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

## Propositions de la Commission

### Article 50 bis

*(Sans modification)*

### Article 50 ter

*(Sans modification)*

### Section 2

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

### Article 51

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

### Section 3

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

#### Article 52

I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 435 millions d'euros pour l'année 2014.

II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 821 millions d'euros pour l'année 2014.

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

#### Article 53

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

#### Article 53 bis

Le septième alinéa de l'article L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Les mots : « est totale et » sont supprimés ;

2° Sont ajoutés les mots : « dans les conditions prévues au même alinéa ».

#### Article 54

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

## Propositions de la Commission

—

### Section 3

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

#### Article 52

*(Sans modification)*

#### Article 53

*(Sans modification)*

#### Article 53 bis

*(Sans modification)*

#### Article 54

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,0 milliards d'euros.

### Section 4

#### *Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille*

#### Article 55

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

1° A Après le mot : « lorsque », la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 522-2 est ainsi rédigée : « la charge des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel, soit par une personne seule. » ;

1° Le chapitre II du titre II du livre V est complété par un article L. 522-3 ainsi rétabli :

« Art. L. 522-3. – Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 522-2. Ce plafond est majoré lorsque la charge des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel, soit par une personne seule. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

« Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret. » ;

2° La section 3 du chapitre V du titre V du livre VII est complétée par un article L. 755-16-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 755-16-1. – Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 755-16. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

« Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret. »

## Propositions de la Commission

### Section 4

#### *Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille*

#### Article 55

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

II. – Le I entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014.

### Article 56

I. – L'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « enfants », la fin de la première phrase du premier alinéa est supprimée ;

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

« L'allocation de base est versée à taux partiel aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le plafond défini à l'article L. 531-2. Elle est versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un plafond, défini par décret, qui varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et qui est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Ce plafond est revalorisé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. » ;

3° À la fin de la dernière phrase du deuxième alinéa, la référence : « à l'alinéa précédent » est remplacée par la référence : « au premier alinéa du présent article » ;

4° Le troisième alinéa est supprimé.

II. – Au troisième alinéa de l'article L. 531-2 du même code, les mots : « le rang et » sont supprimés.

III. – Par dérogation à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, les montants de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption mentionnées à l'article L. 531-2 du même code ainsi que le montant de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionnée à l'article L. 531-3 dudit code, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi, sont, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014 et jusqu'à ce que le montant du complément familial mentionné à l'article L. 522-1 du même code soit supérieur ou égal au montant de l'allocation de base, maintenus à leur niveau en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2013.

IV. – Les I et II du présent article sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014, pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014, et à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017, pour l'ensemble des autres enfants. Pour les personnes qui bénéficient de l'allocation de base mentionnée à l'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale et du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 du même code au titre d'un ou de plusieurs enfants nés ou adoptés avant le 1<sup>er</sup> avril 2014, les plafonds de

## Propositions de la Commission

### Article 56

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

ressources en vigueur au 31 mars 2014 demeurent applicables, sous réserve de leur actualisation annuelle conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. Lorsque ces personnes ont, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014, du fait d'une naissance ou d'une adoption, un nouvel enfant à charge, il est fait application des I et II du présent article pour l'examen des droits au titre de l'ensemble des enfants à charge.

### Article 57

I. – L'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° du I est ainsi modifié :

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

« Le complément à taux partiel est attribué au travailleur non salarié en fonction de la quotité d'activité déclarée sur l'honneur, dès lors que cette activité ne lui procure pas une rémunération mensuelle nette ou un revenu professionnel excédant des montants définis par décret. Le complément à taux partiel peut également être attribué lorsque la rémunération ou le revenu perçus sont supérieurs à ces montants, dès lors qu'ils sont proportionnels à la réduction de l'activité déclarée. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural et de la pêche maritime ainsi qu'aux » sont supprimés ;

2° Le VII est abrogé.

II. – Le a du 1° du I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2014 et le 2° du I est applicable aux enfants nés ou adoptés à compter de cette même date.

### Article 58

I. – Le cinquième alinéa du I de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « dispose d'un minimum de revenus tirés d' » sont remplacés par le mot : « exerce » ;

## Propositions de la Commission

### Article 57

*(Sans modification)*

### Article 58

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

b) Les deuxième et troisième phrases sont supprimées.

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 531-6 du même code est complété par les mots : « , sous réserve que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas un montant horaire maximal fixé par décret ».

### Article 59

Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 542-5 et au dernier alinéa de l'article L. 755-21 du code de la sécurité sociale, les paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale ne sont pas révisés pour l'année 2014.

### Article 60

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 59,2 milliards d'euros.

### Section 5

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

### Article 61

Pour l'année 2014, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, à 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et à 100 millions d'euros pour le régime social des indépendants.

### Article 62

Pour l'année 2014, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	20,4

## Propositions de la Commission

### Article 59

*A la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 542-5 du code de la sécurité sociale, le mot : « janvier » est remplacé par le mot : « octobre ».*

### **Amendement AS70**

### Article 60

*(Sans modification)*

### Section 5

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

### Article 61

*(Sans modification)*

### Article 62

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

### Section 6

**Dispositions relatives à la gestion des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude**

#### Article 63

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

1° Après le 8° de l'article L. 221-1, il est inséré un 10° ainsi rédigé :

« 10° De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale. » ;

2° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 767-1 est complétée par les mots : « , sous réserve du 10° de l'article L. 221-1 ».

II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Le recouvrement des créances et le règlement des dettes prévus au même I et exigibles avant la date mentionnée à la première phrase du présent II sont assurés à compter de cette même date par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale.

#### Article 64

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

1° L'article L. 722-14 est abrogé ;

2° L'article L. 723-43 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « et les organismes visés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés » sont remplacés par les mots : « est autorisée » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « et les organismes mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés » sont remplacés par les mots : « sont autorisées » et le mot : « ils » est remplacé par le mot : « elles » ;

## Propositions de la Commission

—

### Section 6

**Dispositions relatives à la gestion des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude**

#### Article 63

*(Sans modification)*

#### Article 64

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

3° Au premier alinéa de l'article L. 725-1, les mots : « et les organismes visés à l'article L. 731-30 et » sont supprimés ;

4° L'article L. 725-4 est abrogé ;

5° Au troisième alinéa du II de l'article L. 725-7, les mots : « et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 » sont supprimés ;

6° À l'article L. 725-8, les mots : « ou d'un organisme mentionné à l'article L. 731-30 » et les mots : « ou à l'organisme » sont supprimés ;

7° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 725-12 est supprimé ;

8° À l'article L. 725-23, les mots : « , les organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30 et le groupement d'assureurs mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;

9° Au premier alinéa de l'article L. 725-25, les mots : « les organismes mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont remplacés par les mots : « les caisses de mutualité sociale agricole » ;

10° L'article L. 726-2 est abrogé ;

11° L'article L. 726-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « ainsi que les assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 peuvent » sont remplacés par le mot : « peut » ;

## Propositions de la Commission

9° L'article L. 725-25 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « les organismes mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont remplacés par les mots : « les caisses de mutualité sociale agricole » ;

b) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, les mots : « organismes de recouvrement » sont remplacés par les mots : « caisses de mutualité sociale agricole » ;

c) À la dernière phrase du deuxième alinéa, les mots : « ces organismes » sont remplacés par les mots : « les caisses de mutualité sociale agricole » et le mot : « ils » est remplacé par le mot : « elles » ;

d) Au troisième alinéa, les mots : « organismes concernés » sont remplacés par les mots : « caisses de mutualité sociale agricole concernées » et la seconde occurrence du mot : « organismes » est remplacée par le mot : « caisses ».

**Amendement AS72**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

b) À la dernière phrase, les mots : « et aux assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont supprimés ;

12° À la fin de la première phrase de l'article L. 731-10, les mots : « et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 » sont supprimés ;

13° L'article L. 731-30 est ainsi rédigé :

« Art. L. 731-30. – Les personnes mentionnées à l'article L. 722-10 sont assurées par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;

14° Les articles L. 731-31 à L. 731-34 sont abrogés ;

15° Au troisième alinéa de l'article L. 731-35-1, dans sa rédaction résultant du 2° du I de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les mots : « , du groupement mentionné à l'article L. 731-31 » sont supprimés ;

16° Les articles L. 732-6-1 et L. 732-7, dans leur rédaction résultant, respectivement, du 6° et du 7° du I du même article 71, sont abrogés ;

17° Le III de l'article L. 752-1 est abrogé ;

18° Au quatrième alinéa de l'article L. 752-4, les mots : « organismes assureurs » sont remplacés par les mots : « caisses de mutualité sociale agricole » ;

19° L'article L. 752-12 est ainsi modifié :

a) Les deuxième, troisième et septième alinéas sont supprimés ;

b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« – de transmettre au ministre chargé de l'agriculture les informations nécessaires au fonctionnement du régime. » ;

20° L'article L. 752-13 est ainsi rédigé :

« Art. L. 752-13. – Les personnes mentionnées à l'article L. 752-1 sont assurées par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;

21° L'article L. 752-14 est abrogé ;

22° Le second alinéa de l'article L. 752-15 est supprimé ;

23° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-17, les mots : « , du groupement mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

24° Au premier alinéa de l'article L. 752-20, les mots : « et le groupement mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;

25° L'article L. 752-23 est ainsi modifié :

a) Au début de la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « L'organisme assureur est tenu » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole est tenue » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « l'organisme assureur est admis » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole est admise » ;

c) Au troisième alinéa et, deux fois, au quatrième alinéa, les mots : « l'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » ;

26° L'article L. 752-25 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « L'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « tenu » est remplacé par le mot : « tenue » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « tenu » est remplacé par le mot : « tenue » ;

d) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « L'organisme gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « fondé » est remplacé par le mot : « fondée » ;

e) À la fin du dernier alinéa, les mots : « d'office » sont supprimés ;

27° Au début de l'article L. 752-26, les mots : « L'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole » ;

28° Au second alinéa de l'article L. 752-29, les mots : « , des organismes assureurs » sont supprimés ;

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

29° À l'article L. 762-15, les références : « des articles L. 723-9 et L. 731-30 à L. 731-34 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 723-9 » ;

30° La seconde phrase de l'article L. 762-25 est supprimée.

I bis. – Le 2° du I de l'article 37 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est abrogé.

II. – Les I et I bis s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

III. – Par dérogation au II du présent article, à l'exception des indemnités journalières servies en application de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, les prestations allouées en application des articles L. 732-3 et L. 752-3 du même code aux assurés ayant opté, en application des articles L. 731-30 et L. 752-13 dudit code, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, pour les organismes assureurs autres que les caisses de mutualité sociale agricole continuent d'être versées par ces mêmes organismes jusqu'à une date, qui peut être différente pour chaque catégorie de prestations, fixée par décret entre le 30 juin et le 31 décembre 2014.

À cette même date, les droits et obligations des groupements d'organismes assureurs mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, sont transférés aux organismes de mutualité sociale agricole, dans des conditions fixées par décret.

À compter de cette même date, la gestion des réserves antérieurement constituées pour le compte des branches instituées aux 2° et 4° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime par les groupements d'organismes assureurs mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 du même code, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, est assurée par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Le préjudice susceptible de résulter, pour les groupements mentionnés aux mêmes articles L. 731-31 et L. 752-14, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, du transfert de la gestion du régime obligatoire d'assurance maladie et du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles aux caisses de mutualité sociale agricole à la date fixée en application du premier alinéa du présent article, et notamment du transfert de leurs droits et obligations mentionné au deuxième alinéa du présent III, fait l'objet d'une indemnité fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

## Propositions de la Commission

À la date fixée par le décret, les droits ...

... décret.

**Amendement AS74**

Le ...  
... mentionnés aux *mêmes* articles ...

... du présent III, et ...

... décret.

**Amendements AS73 et AS75**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

IV. – Les contrats de travail des personnels affectés aux activités transférées en application des 13° et 20° du I du présent article sont repris par les organismes de mutualité sociale agricole dans les conditions prévues aux articles L. 1224-1 et L. 1224-2 du code du travail.

V. – Un décret fixe les modalités d'application des III et IV.

### Article 65

I. – L'article L. 8222-6 du code du travail est ainsi rédigé :

« Art. L. 8222-6. – Sans préjudice des articles L. 8222-1 à L. 8222-3, toute personne morale de droit public ayant contracté avec une entreprise, informée par écrit par un agent de contrôle de la situation irrégulière de cette entreprise au regard des formalités mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5, enjoint aussitôt à cette entreprise de faire cesser sans délai cette situation.

« L'entreprise ainsi mise en demeure apporte, dans un délai de deux mois, à la personne publique la preuve qu'elle a mis fin à la situation délictuelle. À défaut, le contrat peut être rompu sans indemnité, aux frais et risques de l'entrepreneur.

« La personne morale de droit public informe l'agent auteur du signalement des suites données par l'entreprise à son injonction.

« À défaut de respecter les obligations qui découlent des premier et troisième alinéas du présent article ou, en cas de poursuite du contrat, si la preuve de la fin de la situation délictuelle ne lui a pas été apportée dans un délai de six mois suivant la mise en demeure, la personne morale de droit public est tenue solidairement avec son cocontractant au paiement des impôts, taxes, cotisations, pénalités, majorations, rémunérations, indemnités et charges mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 8222-2, dans les conditions fixées à l'article L. 8222-3. »

II. – Au premier alinéa de l'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 213-1 », est insérée la référence : « , L. 611-8 ».

## Propositions de la Commission

### Article 65

« L'entreprise ainsi mise en demeure apporte à la personne publique, dans un délai de deux mois, la preuve ...

... l'entrepreneur.

**Amendement AS102**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### Article 66

I. – L'article L. 751-37 du code rural et de la pêche maritime est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

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

« Dans les cas mentionnés au présent article ainsi qu'à l'article L. 751-36 du présent code, la caisse de mutualité sociale agricole peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale. »

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

1° À la fin du premier alinéa du I, au 5° du II et à la première phrase du premier alinéa des IV et V, les mots : « ou de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

2° Au premier alinéa du VI, les mots : « ou plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

3° Au second alinéa du VI, les mots : « ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou à l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

4° Au 1° du VII, les mots : « ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , des caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles ».

## Propositions de la Commission

### Article 66

« Il en est de même lorsque la *personne* se trouvait ...  
... travail.

**Amendement AS103**

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

### Article 67

I. – Le second alinéa de l'article L. 351-2-1 du code de la construction et de l'habitation est ainsi rédigé :

« L'aide personnalisée au logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un pacte civil de solidarité, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement ou sont titulaires de parts sociales dans une société, telle que définie au 1° de l'article 8 du code général des impôts, propriétaire du logement. Un décret fixe le seuil de prise en compte de la part de propriété, qui ne peut excéder un cinquième, et celui de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes, qui ne peut excéder 50 % . »

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 est ainsi rédigé :

« L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un pacte civil de solidarité, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement ou sont titulaires de parts sociales dans une société, telle que définie au 1° de l'article 8 du code général des impôts, propriétaire du logement. Un décret fixe le seuil de prise en compte de la part de propriété, qui ne peut excéder un cinquième, et celui de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes, qui ne peut excéder 50 % . » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 831-1 est ainsi rédigé :

« Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 du présent code est applicable à l'allocation de logement sociale. »

### Article 68

I. – Le code pénal est ainsi modifié :

1° Après le 4° de l'article 313-2, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Au préjudice d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public, pour l'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu. » ;

## Propositions de la Commission

### Article 67

« L'aide ...

... logement, *personnellement ou par l'intermédiaire de parts sociales de sociétés, quelles que soient leurs formes et leurs objets. Par dérogation, cette aide peut être versée si l'ensemble des parts de propriété et d'usufruit du logement ainsi détenues est inférieur à des seuils fixés par décret. Ces seuils ne peuvent pas excéder 20 %.*

### Amendement AS169

### Article 68

*(Sans modification)*

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

2° Le second alinéa de l'article 441-6 est ainsi rédigé :

« Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu. »

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

1° L'article L. 114-13 est abrogé ;

1° bis L'article L. 114-16-2 est ainsi modifié :

a) Au troisième alinéa, les références : « L. 114-13, L. 162-36, » sont supprimées ;

b) Le début du quatrième alinéa est ainsi rédigé : « – l'article L. 351-1 du code... (le reste sans changement). » ;

c) Au cinquième alinéa, la référence : « , L. 351-13 » est supprimée ;

d) L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 162-36 est supprimé ;

3° À l'article L. 382-29, la référence : « L. 114-13, » est supprimée ;

4° À l'article L. 481-2, les mots : « pénalités prévues à l'article L. 114-13 et des peines plus élevées résultant d'autres lois pénales s'il y échet » sont remplacés par les mots : « sanctions pénales encourues » ;

5° Le deuxième alinéa de l'article L. 583-3 est ainsi rédigé :

« Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application du premier alinéa du présent article exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17. » ;

5° bis À l'article L. 612-10, la référence : « , L. 114-13 » est supprimée ;

6° À l'article L. 623-1, la référence : « , L. 114-13 » est supprimée ;

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

7° Au quatrième alinéa de l'article L. 821-5, la référence : « L. 114-13, » est supprimée ;

8° Le deuxième alinéa de l'article L. 831-7 est ainsi rédigé :

« Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application du premier alinéa du présent article exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. »

III. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre V du livre III du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 351-12 est ainsi rédigé :

« Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application du premier alinéa du présent article exposent le bénéficiaire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 351-13 est abrogé.

IV. – Aux articles L. 751-40 et L. 752-28 du code rural et de la pêche maritime, la référence : « L. 114-13, » est supprimée.

V. – Les articles L. 232-27 et L. 262-50 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés.

VI. – La cinquième partie du code du travail est ainsi modifiée :

1° L'article L. 5124-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 5124-1. – Sauf constitution éventuelle du délit d'escroquerie, défini et sanctionné à l'article 313-1, au 5° de l'article 313-2 et à l'article 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 du présent code est puni des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations est puni de la même peine. » ;

2° L'article L. 5429-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 5429-1. – Sauf constitution éventuelle du délit d'escroquerie défini et sanctionné à l'article 313-1, au 5° de l'article 313-2 et à l'article 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des

## Propositions de la Commission

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

---

allocations d'aide aux travailleurs privés d'emploi définies au présent livre, y compris la prime forfaitaire instituée par l'article L. 5425-3 du présent code, est puni des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations et cette prime est puni de la même peine. » ;

3° À la fin de l'article L. 5413-1, les mots : « d'une amende de 3 750 euros » sont remplacés par les mots : « des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal » ;

4° L'article L. 5429-3 est abrogé.

VII. – Le début du dernier alinéa de l'article 10-1 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité territoriale de Mayotte est ainsi rédigé : « L'article L. 581-1 du code de la sécurité sociale est applicable à... (le reste sans changement). »

VIII. – L'article 20-10 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi rédigé :

« Art. 20-10. – Sans préjudice des sanctions pénales encourues, le chapitre VII du titre VII du livre III du code de la sécurité sociale est applicable aux prestations instituées par la présente section. »

IX. – L'article 1<sup>er</sup> de la loi du 27 septembre 1941 relative aux déclarations inexactes des créanciers de l'État ou des collectivités publiques est abrogé.

X. – Le II de l'article 22 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est abrogé.

## Propositions de la Commission

---

**ANNEXE**  
**RAPPORTS ANNEXES AU PROJET DE LOI**

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

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

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

**ANNEXE A**

**ANNEXE A**

*(Sans modification)*

**Rapport retraçant la situation patrimoniale au 31 décembre 2012 des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés pour l'exercice 2012**

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2012

*(en milliards d'euros)*

ACTIF	2012	2011
<b>IMMOBILISATIONS</b>	<b>6,8</b>	<b>6,8</b>
Immobilisations non financières	4,1	4,0
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,8	1,9
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie, unions immobilières des organismes de sécurité sociale)	0,9	0,9
<b>ACTIF FINANCIER</b>	<b>57,7</b>	<b>58,9</b>
Valeurs mobilières et titres de placement	46,8	45,1
Autres régimes	7,3	6,9
CADES	5,6	5,3
FRR	33,8	32,9
<b>Encours bancaire</b>	<b>10,4</b>	<b>13,7</b>
Régime général	2,6	1,3
Autres régimes	1,5	1,2
FSV	0,8	0,3
CADES	3,0	8,4
FRR	2,4	2,3
<b>Créances nettes au titre des instruments financiers</b>	<b>0,6</b>	<b>0,1</b>
CADES	0,2	0,1
FRR	0,3	0,0

**Texte du projet de loi**

**Propositions de la Commission**

<b>ACTIF CIRCULANT</b>	<b>64,0</b>	<b>65,4</b>
Créances sur prestations	7,4	7,3
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	9,4	7,9
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale	35,4	35,5
Créances sur l'État et autres entités publiques	8,4	8,9
Produits à recevoir de l'État	0,6	0,4
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régularisation)	2,9	5,5
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>	<b>128,5</b>	<b>131,0</b>

(en milliards d'euros)

<b>PASSIF</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>
<b>CAPITAUX PROPRES</b>	<b>-107,2</b>	<b>-100,6</b>
<b>Dotations</b>	<b>32,8</b>	<b>32,9</b>
Régime général	0,5	0,5
Autres régimes	4,0	3,8
Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	28,1	28,3
<b>Réserves</b>	<b>9,1</b>	<b>11,3</b>
Régime général	2,5	2,6
Autres régimes	5,7	6,3
FRR	0,9	2,4
<b>Report à nouveau</b>	<b>-145,8</b>	<b>-134,6</b>
Régime général	4,1	-4,9
Autres régimes	-1,5	-0,1
CADES	-148,3	-139,4
<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>-5,9</b>	<b>-10,7</b>
Régime général	-13,3	-17,4
Autres régimes	-1,7	-1,9
FSV	-4,1	-3,4
CADES	11,9	11,7
FRR	1,3	0,3
<b>Autres</b>	<b>2,5</b>	<b>0,6</b>
FRR	2,4	0,5
Régime général / autres régimes	0,1	0,1
<b>PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES</b>	<b>19,9</b>	<b>17,9</b>

<b>PASSIF FINANCIER</b>	<b>173,9</b>	<b>170,1</b>
<b>Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, euro commercial papers)</b>		
Régime général	162,3	162,6
CADES	145,4	156,9

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

<b>Dettes à l'égard d'établissements de crédits</b>	<b>7,4</b>	<b>3,7</b>
Régime général (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	4,0	1,4
Autres régimes (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	2,3	1,3
CADES	1,0	1,0
<b>Dépôts</b>	<b>2,2</b>	<b>0,2</b>
Régime général	2,2	0,2
<b>Dettes nettes au titre des instruments financiers</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>
FRR	0,0	0,1
<b>Autres</b>	<b>2,1</b>	<b>3,5</b>
Autres régimes	0,1	0,1
CADES	2,0	3,4
<b>PASSIF CIRCULANT</b>	<b>42,0</b>	<b>43,7</b>
Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	19,8	22,3
Dettes à l'égard des cotisants	1,3	1,2
Dettes et CAP à l'égard de l'État et autres entités publiques	8,5	9,7
Autres passifs (crédeurs divers, comptes d'attente et de régularisation), dont soultte des industries électriques et gazières	12,4	10,5
<b>TOTAL DU PASSIF</b>	<b>128,5</b>	<b>131,0</b>

Sur le champ de l'ensemble des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, s'élevait à 107,2 milliards d'euros au 31 décembre 2012, soit l'équivalent de 5,3 points de produit intérieur brut (PIB) (+0,3 point par rapport à 2011). Ce passif net a augmenté de 6,6 milliards d'euros par rapport à celui constaté au 31 décembre 2011 (100,6 milliards d'euros) en raison essentiellement des déficits des régimes et du FSV pour l'année 2012 (soit 19,1 milliards d'euros), minorés de l'amortissement de la dette portée par la CADES (11,9 milliards d'euros), dont une partie (2,1 milliards d'euros) correspond à la mobilisation des réserves du FRR.

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (57,7 milliards d'euros, dont environ 63 % par le FRR et 15 % par la CADES dans le cadre de sa stratégie d'endettement à fin 2012), du besoin en fonds de roulement lié aux actifs et passifs circulants (22,0 milliards d'euros) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 173,9 milliards d'euros au 31 décembre 2012 (contre 170,1 milliards d'euros au 31 décembre 2011).

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

### II. – Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2012

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 13,3 milliards d'euros en 2012. La branche Maladie a ainsi enregistré un déficit de 5,9 milliards d'euros, la branche Vieillesse un déficit de 4,8 milliards d'euros, la branche Famille un déficit de 2,5 milliards d'euros et la branche Accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,2 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 4,1 milliards d'euros.

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 à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches Maladie et Famille du régime général et, au cours de l'année 2012, des déficits 2011 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV. Conformément aux dispositions organiques, la caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles hors branche Retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires, des ministres des cultes et des marins), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État, équilibrés par ces derniers, et enfin du régime social des indépendants, dont les déficits sont couverts par une affectation à due proportion du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant par de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2012 des résultats déficitaires.

S'agissant de la branche Retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'est élevé à 1,0 milliard d'euros (contre 1,2 milliard d'euros en 2011). La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) finance ces déficits par le recours à des emprunts bancaires.

Concernant la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), devenue structurellement déficitaire en 2010, le déficit s'est sensiblement réduit en 2012 (14 millions d'euros, après 0,4 milliard d'euros en 2011 et 0,5 milliard d'euros en 2010) compte tenu du prélèvement exceptionnel de 450 millions d'euros sur les réserves du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales et de 240 millions d'euros sur les réserves

## Texte du projet de loi

du Fonds de compensation des cessations progressives d'activité prévu par la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Afin de rétablir l'équilibre financier du régime, la loi a également prévu une augmentation des taux de cotisations en 2013 et 2014.

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 39 millions d'euros en 2012, après 186 millions d'euros en 2011, sous l'effet de la poursuite du programme de cessations immobilières engagé par la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines. Il a été couvert dans le cadre d'emprunts à court terme effectués auprès de la Caisse des dépôts et consignations et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale..

S'agissant de la Caisse nationale des industries électriques et gazières, le déficit s'est élevé à 91 millions d'euros en 2012 (après 46 millions d'euros en 2011). Compte tenu de l'épuisement des réserves antérieurement constituées, une augmentation des ressources du régime est intervenue en 2013 dans le cadre de la loi de financement pour cette même année.

Le déficit du régime vieillesse de base des professions libérales est passé de 74 millions d'euros en 2011 à 103 millions d'euros en 2012 ; en réponse à ce déséquilibre, une hausse des taux de cotisation en 2013, puis en 2014, a été prévue.

## ANNEXE B

### **Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir**

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) sur la période 2014-2017. À l'issue de cette période, l'objectif du Gouvernement est le retour à l'équilibre de l'ensemble des comptes publics et particulièrement de ceux des administrations de sécurité sociale (hors Caisse d'amortissement de la dette sociale et Fonds de réserve des retraites). Cette trajectoire de retour à l'équilibre devrait être atteinte au moyen de réformes ambitieuses sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale. Ainsi, la réforme des retraites et celle de la branche Famille devraient permettre de préserver le haut niveau de protection de notre système d'assurance sociale en assurant sa viabilité financière à moyen et à long termes. Ces deux réformes d'ampleur s'accompagnent de l'adoption d'un objectif ambitieux de

## Propositions de la Commission

## ANNEXE B

## Texte du projet de loi

maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie avec, comme cible, une évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 2,4 % dès 2014.

Dans un contexte économique en redressement mais encore marqué par les conséquences de la crise économique (I), la stratégie de retour à l'équilibre repose ainsi sur un effort renouvelé de maîtrise des dépenses sociales porté par des réformes d'ampleur sur l'ensemble des branches (II), dans un souci de modération de la pression fiscale et sociale sur les entreprises et les ménages (III).

I. – Un environnement économique en redressement, mais encore marqué par les conséquences de la crise économique

Les hypothèses macro-économiques retenues dans la construction des projections jointes à la présente annexe retiennent pour 2013 une prévision de croissance de 1,3 % en valeur de la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources de la sécurité sociale. L'année 2014 serait plus favorable, avec une progression de la masse salariale du secteur privé de 2,2 %, qui s'établirait à 3,5 % en 2015 et se stabiliserait à 4,0 % en 2016. Elle retrouverait ainsi le rythme moyen d'évolution constaté entre 1998 et 2007 (+4,1 %).

Cette progression de la masse salariale accompagnerait l'augmentation progressive du taux de croissance du PIB en volume, qui, après avoir été atone en 2012 et 2013, est remonté à 0,9 % en 2014 et devrait atteindre 1,7 % en 2015.

### Hypothèses retenues dans la projection pluriannuelle :

	2013	2014	2015	2016	2017
PIB (volume)	0,1 %	0,9 %	1,7 %	2,0 %	2,0 %
Masse salariale privée	1,3 %	2,2 %	3,5 %	4,0 %	4,0 %
ONDAM	2,8 %	2,4 %	2,4 %	2,4 %	2,4 %
Inflation	0,80%	1,30%	1,75%	1,75%	1,75%

(inflation hors tabac)

Par ailleurs, les prévisions économiques sous-jacentes au projet de loi de financement de la sécurité sociale et au projet de loi de finances font désormais l'objet d'un avis du Haut Conseil des finances publiques. Ce dernier, instauré en 2012 par la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, se prononce en effet sur la sincérité des prévisions macroéconomiques ainsi que sur la cohérence de la programmation envisagée au regard de l'objectif à moyen terme et des engagements européens.

## Propositions de la Commission

Dans un contexte économique en *voie de redressement* ...

... ménages (III).

### **Amendement AS104**

I. – Un environnement économique en *voie de redressement*, ...  
... économique

### **Amendement AS104**

## Texte du projet de loi

Les réformes ambitieuses menées cette année permettront d'accélérer le redressement des comptes des régimes de sécurité sociale. Ainsi, le déficit du régime général et du FSV s'établirait à 4,0 milliards d'euros en 2017, en très nette amélioration par rapport aux 17,5 milliards d'euros de déficit constatés en 2012. Le redressement de la branche Vieillesse (Caisse nationale des allocations familiales [CNAF] et FSV) devrait être particulièrement marqué, avec un déficit qui s'établirait à 1,4 milliard d'euros en 2017 contre 8,9 milliards d'euros en 2012. Les branches Maladie et Famille devraient également être en très net redressement.

Les mesures ainsi proposées correspondent à un effort structurel, au sens de l'article 1<sup>er</sup> de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 précitée, qui s'élève en 2014 à 0,4 point de PIB pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Du fait du schéma de reprise de dette mis en place en 2010 et adapté par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'ensemble des déficits de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et du FSV sur la période pourront être transférés à la CADES afin qu'ils soient amortis. Il en sera de même pour les déficits de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés constatés sur la période 2012-2014 et pour les déficits de la CNAF constatés sur la période 2012-2013. Ces opérations permettront d'éviter un accroissement non maîtrisé des besoins de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Au final, compte tenu de la capacité d'amortissement de la CADES, la dette globale de la sécurité sociale devrait diminuer à partir de l'exercice 2016.

### II. – Des réformes d'ampleur sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale

La réforme des retraites et celle de la branche Famille posent les bases d'une trajectoire crédible de retour à l'équilibre.

**Les mesures affectant les comptes de la branche Famille** visent à recentrer les prestations sur les publics les plus fragiles, dans un objectif de justice. L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant sera diminuée pour les familles dont les ressources dépassent un certain plafond. Le montant de l'allocation de base ne sera pas revalorisé jusqu'à ce que son montant soit égal à celui du complément familial. Par ailleurs, le montant du complément de libre choix d'activité sera uniformisé pour toutes les familles, la majoration qui s'adressait aux familles les plus aisées étant supprimée.

## Propositions de la Commission

Du fait ...

amortis. ... *... afin d'être*

*... 2016.*

**Amendement AS105**

## Texte du projet de loi

Afin de réduire la pauvreté des enfants et des familles, le complément familial sera progressivement majoré de 50 % pour les familles nombreuses vivant sous le seuil de pauvreté, une première majoration intervenant à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014. L'allocation de soutien familial, à destination des parents isolés, sera également progressivement revalorisée de 25 %. Au titre de la solidarité, le plafond de l'avantage fiscal lié à la présence d'enfants à charge dans le foyer sera, à l'inverse, ramené de 2 000 à 1 500 € par demi-part et le rendement de cette mesure sera affecté dès 2014 à la branche Famille. Enfin, la réduction d'impôt pour frais de scolarité sera supprimée et l'économie réalisée sera affectée à la CNAF à compter de 2015.

Au terme de ces réformes, le solde de la branche Famille devrait connaître une amélioration substantielle et s'établirait à -1 milliard d'euros en 2017 contre -2,8 milliards d'euros en 2013.

**La réforme des retraites** vise, quant à elle, à assurer l'équilibre des régimes de retraite de base à l'horizon 2020 et à maintenir cet équilibre à l'horizon 2040, conformément aux recommandations de la commission sur l'avenir des retraites. Les mesures assurant l'équilibre d'ici 2020 concerneront les retraités, les actifs et les employeurs.

Les cotisations des actifs et des entreprises aux différents régimes de base seront augmentées dans la même proportion, de façon mesurée, selon des modalités fixées par décret. La hausse sera progressive sur quatre ans : 0,15 point pour les actifs et les employeurs en 2014, puis 0,05 point pour les trois années suivantes. À terme, en 2017, l'accroissement aura été de 0,3 point pour les actifs et de 0,3 point pour les employeurs.

La contribution des retraités reposera, quant à elle, sur deux mesures : l'inclusion des majorations de pension des retraités ayant élevé trois enfants ou plus dans l'assiette de l'impôt sur le revenu et le décalage de six mois de la revalorisation des pensions prévue à l'article 4 du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, à l'exception du minimum vieillesse, la revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées étant maintenue au 1<sup>er</sup> avril de chaque année.

Ces mesures de redressement à court terme s'accompagneront d'une mesure permettant de faire face au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie, en proposant une évolution progressive de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein

Un dispositif de pilotage sera également mis en place : le Conseil d'orientation des retraites réalisera chaque année, à partir des indicateurs retenus, un bilan public sur le système de retraite ; le Comité de suivi des retraites rendra pour sa

## Propositions de la Commission

Afin de ...

... Famille.

**Amendement AS106**

Un ...

## Texte du projet de loi

part un avis annuel et l'assortira de recommandations publiques en cas d'écarts significatifs à la trajectoire de retour à l'équilibre. Il formulera, le cas échéant, des recommandations sur les mesures à prendre et le Gouvernement, après consultation des partenaires sociaux, prendra ou proposera au Parlement les mesures de redressement.

Par ailleurs, le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites vise parallèlement à améliorer les droits à la retraite de publics fragiles. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, les modalités de validation d'un trimestre seront en effet assouplies et il sera possible de valider un trimestre avec 150 heures de cotisations au niveau du SMIC (contre 200 aujourd'hui). Cette mesure permettra de valider des trimestres pour les salariés à temps partiel de faible durée, les femmes notamment, qui verront, par ailleurs, mieux pris en compte les trimestres d'interruption au titre du congé maternité. En effet, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, tous les trimestres de congé maternité seront réputés cotisés. De même, des mesures spécifiques bénéficieront aux jeunes apprentis et en alternance, ainsi qu'aux personnes ayant eu des carrières heurtées.

Enfin, une avancée significative en matière de droits sociaux est prévue avec la création dès 2015 d'un compte personnel de prévention de la pénibilité. Ce dispositif sera financé par une cotisation des employeurs : une cotisation minimale de toutes les entreprises et une cotisation de chaque entreprise tenant compte de la pénibilité qui lui est propre. Il permettra aux salariés de cumuler des points en fonction de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de pénibilité et de les utiliser pour des actions de formation ou de maintien de rémunération lors d'un passage à temps partiel ou pour financer une majoration de durée d'assurance.

À l'issue de cette réforme, le déficit de la CNAV et du FSV devrait atteindre 1,4 milliard d'euros en 2017, l'équilibre étant atteint en 2020.

**La fixation d'un taux de progression de l'ONDAM à 2,4 % en 2014** représente enfin un effort très important de maîtrise des dépenses de santé et constitue un objectif plus ambitieux que celui retenu à la fois dans la loi de programmation des finances publiques votée en 2013 et dans l'annexe pluriannuelle de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (taux de progression de 2,6 % pour 2014).

Le respect de cet objectif passe par un effort qui se décline autour de deux axes : le déploiement de la stratégie nationale de santé (SNS) et la poursuite des efforts de maîtrise des dépenses de santé.

## Propositions de la Commission

... significatifs *par rapport* à la trajec-

toire ...

... redressement.

**Amendement AS107**

## Texte du projet de loi

---

Le déploiement de la SNS doit ainsi permettre d'améliorer l'organisation des soins et de renforcer son efficacité. C'est en ce sens que se poursuivra le développement de la chirurgie ambulatoire et des actes de télémédecine. La mise en œuvre de la SNS passe également par le développement de nouveaux modes de tarification adaptés à une approche reposant sur le parcours de soins (mesures concernant en particulier la radiothérapie et l'insuffisance rénale chronique). Les mesures inscrites dans la présente loi permettront également de poser les premiers jalons d'une évolution en profondeur de la tarification à l'activité. Enfin, des mesures spécifiques favoriseront une meilleure organisation des soins de proximité, initiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, en étendant le soutien aux structures pluriprofessionnelles et en sécurisant le financement des coopérations entre professionnels de santé.

Le deuxième axe comprend la poursuite des actions de maîtrise des dépenses liées aux produits de santé, tant en ville qu'en établissements de santé. Ces actions consistent à la fois en des baisses de prix négociées par le Comité économique des produits de santé et en un meilleur contrôle des volumes (maintien d'un taux très élevé de substitution des génériques, développement d'une liste de référence des médicaments biosimilaires, modernisation et simplification des mécanismes contractuels de régulation des médicaments inscrits sur la liste en sus...). Les efforts de maîtrise médicalisée seront poursuivis avec des objectifs ambitieux et, conformément aux préconisations de la Cour des comptes, des baisses de prix ciblées permettront, en outre, de réguler la dépense de certains soins de ville (radiologie et biologie).

Enfin, un sous-objectif supplémentaire sera créé, qui rassemblera les dépenses d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional, donnant ainsi sa pleine visibilité à un instrument qui, par la souplesse de gestion de ses crédits qu'il confère aux agences régionales de santé, est essentiel au pilotage efficient des dépenses de santé.

III. – Cet effort de redressement sera accompagné d'un apport modéré de nouvelles recettes.

Cet effort sur la dépense de l'ensemble des branches de la sécurité sociale sera complété par un apport, qui restera toutefois modéré, de nouvelles recettes. En effet, les gains fiscaux attendus de la réforme du mode de calcul du quotient familial et de la fiscalisation de la participation des employeurs au financement des contrats collectifs relatifs à la protection complémentaire contribueront au redressement des comptes de la sécurité sociale dès 2014. Le projet de loi de finances prévoit donc l'affectation de produits de TVA à due concurrence au régime général. Par ailleurs, la branche Vieillesse sera affectataire, dès 2015, des gains attendus de la fiscalisation des majorations de pension pour enfants, qui sont estimés à 1,2 milliard d'euros.

## Propositions de la Commission

---

## Texte du projet de loi

Une mesure de rationalisation du cadre de gestion des prélèvements sociaux sur les produits de placement, proposée dans le cadre de la présente loi, devrait par ailleurs générer des recettes supplémentaires.

Enfin, la réaffectation de ces recettes au sein de la sphère sociale est l'occasion de rationaliser les modalités de financement, en s'appuyant notamment sur les recommandations formulées par le Haut Conseil du financement de la protection sociale. Ainsi, la CNAF recevra un panier de recettes comportant de la contribution sociale généralisée (CSG), les contributions sur les jeux, ainsi qu'une part de la taxe sur les véhicules de sociétés. Pour sa part, le forfait social sera recentré sur la branche Vieillesse et la CNAM recevra une part élevée des prélèvements sur les revenus du capital. Les taux de CSG feront, pour leur part, l'objet d'une harmonisation.

### Recettes, dépenses et soldes du régime général

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Maladie</b>								
Recettes	141,8	148,0	154,9	157,5	163,7	168,8	174,6	180,5
Dépenses	153,4	156,6	160,8	165,2	169,9	174,2	178,6	183,1
<b>Solde</b>	<b>-11,6</b>	<b>-8,6</b>	<b>-5,9</b>	<b>-7,7</b>	<b>-6,2</b>	<b>-5,4</b>	<b>-4,0</b>	<b>-2,6</b>
<b>AT/MP</b>								
Recettes	10,5	11,3	11,5	11,8	12,1	12,5	13,0	13,5
Dépenses	11,2	11,6	11,7	11,5	12,0	12,1	12,3	12,5
<b>Solde</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,2</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>0,9</b>
<b>Famille</b>								
Recettes	49,9	51,9	53,8	54,8	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	52,6	54,5	56,3	57,6	59,2	60,6	62,0	63,1
<b>Solde</b>	<b>-2,7</b>	<b>-2,6</b>	<b>-2,5</b>	<b>-2,8</b>	<b>-2,3</b>	<b>-1,9</b>	<b>-1,6</b>	<b>-1,0</b>
<b>Vieillesse</b>								
Recettes	93,4	100,5	105,4	111,3	116	120,4	125,5	130,1
Dépenses	102,3	106,5	110,2	114,6	117,2	121,0	125,5	129,5
<b>Solde</b>	<b>-8,9</b>	<b>-6,0</b>	<b>-4,8</b>	<b>-3,3</b>	<b>-1,2</b>	<b>-0,6</b>	<b>0,1</b>	<b>0,6</b>
<b>Toutes branches consolidées</b>								
Recettes	285,6	300,8	314,0	323,5	336,6	348,0	360,7	373,0
Dépenses	309,6	318,2	327,3	337,0	346,2	355,6	365,6	375,0
<b>Solde</b>	<b>-23,9</b>	<b>-17,4</b>	<b>-13,3</b>	<b>-13,5</b>	<b>-9,6</b>	<b>-7,6</b>	<b>-4,9</b>	<b>-2,1</b>

## Propositions de la Commission

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

### Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Maladie</b>								
Recettes	164,8	171,7	178,8	181,7	188,0	193,4	199,6	206,1
Dépenses	176,2	180,3	184,7	189,5	194,1	198,8	203,7	208,7
<b>Solde</b>	<b>-11,4</b>	<b>-8,5</b>	<b>-5,9</b>	<b>-7,8</b>	<b>-6,2</b>	<b>-5,5</b>	<b>-4,1</b>	<b>-2,7</b>
<b>AT/MP</b>								
Recettes	11,9	12,8	13,1	13,2	13,5	13,9	14,4	14,9
Dépenses	12,6	13,0	13,7	12,9	13,3	13,5	13,7	13,9
<b>Solde</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,6</b>	<b>0,4</b>	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,7</b>	<b>1,0</b>
<b>Famille</b>								
Recettes	50,4	52,3	54,1	55,2	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	53,0	54,9	56,6	58,0	59,2	60,6	62,0	63,1
<b>Solde</b>	<b>-2,7</b>	<b>-2,6</b>	<b>-2,5</b>	<b>-2,8</b>	<b>-2,3</b>	<b>-1,9</b>	<b>-1,6</b>	<b>-1,0</b>
<b>Vieillesse</b>								
Recettes	183,3	194,6	203,4	212,1	219,4	226,3	234,1	241,3
Dépenses	194,1	202,4	209,5	216,2	221,0	227,4	234,9	242,0
<b>Solde</b>	<b>-10,8</b>	<b>-7,9</b>	<b>-6,1</b>	<b>-4,1</b>	<b>-1,6</b>	<b>-1,1</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,6</b>
<b>Toutes branches consolidées</b>								
Recettes	399,5	419,4	436,3	449,4	464,7	478,8	494,8	510,3
Dépenses	425,0	438,5	451,4	463,7	474,6	486,9	500,6	513,6
<b>Solde</b>	<b>-25,5</b>	<b>-19,1</b>	<b>-15,1</b>	<b>-14,3</b>	<b>-10,0</b>	<b>-8,1</b>	<b>-5,8</b>	<b>-3,3</b>

### Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	9,8	14,0	14,7	16,9	17,2	17,5	17,9	18,4
Dépenses	13,8	17,5	18,9	19,7	20,4	20,5	20,5	20,4
<b>Solde</b>	<b>-4,1</b>	<b>-3,4</b>	<b>-4,1</b>	<b>-2,7</b>	<b>-3,2</b>	<b>-3,1</b>	<b>-2,6</b>	<b>-2,0</b>

## Texte du projet de loi

### 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

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

*Exercice 2014 (en milliards d'euros)*

	Maladie	Veillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base
Cotisations effectives	85,0	122,0	35,1	12,5	252,8
Cotisations prises en charge par l'État	1,6	1,3	0,5	0,0	3,5
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,0	0,0	0,3	38,9
Contribution sociale généralisée	64,2	0,0	10,8	0,0	74,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,2	19,1	9,6	0,1	61,0
Transferts	1,4	38,4	0,4	0,1	29,3
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	2,9	0,2	0,5	0,3	4,2
<b>Recettes</b>	<b>188,0</b>	<b>219,4</b>	<b>56,9</b>	<b>13,5</b>	<b>464,7</b>

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

## Propositions de la Commission

### ANNEXE C

*(Sans modification)*

## Texte du projet de loi

## Propositions de la Commission

### II. – Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

*Exercice 2014 (en milliards d'euros)*

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régime général
Cotisations effectives	75,7	72,5	35,1	11,6	193,1
Cotisations prises en charge par l'État	1,3	1,0	0,5	0,0	2,8
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	55,7	0,0	10,8	0,0	66,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	25,4	13,1	9,6	0,1	48,1
Transferts	3,1	29,2	0,4	0,0	22,6
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,6	0,2	0,5	0,3	3,7
<b>Recettes</b>	<b>163,7</b>	<b>116,0</b>	<b>56,9</b>	<b>12,1</b>	<b>336,6</b>

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

### III. – Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

*Exercice 2014 (en milliards d'euros)*

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	11,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,0
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
<b>Total</b>	<b>17,2</b>