



N° 2303

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 16 octobre 2014.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2015* (n° 2252),

TOME VII

TABLEAU COMPARATIF

PAR MM. GÉRARD BAPT, OLIVIER VÉRAN, MME MARTINE PINVILLE,
MM. MICHEL ISSINDOU, DENIS JACQUAT ET
MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU,

Députés.

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 et 2, 5, 7 à 9, 11 à 28, 65 et 66** figurent dans le rapport de M. Gérard Bapt, sur les recettes et l'équilibre général (n° 2303, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **3 et 4, 6, 10, 29 à 55** figurent dans le rapport de M. Olivier Véran, sur l'assurance maladie (n° 2303, tome II).

Les débats en commission **après l'article 53** figurent dans le rapport de Mme Martine Pinville, sur le secteur médico-social (n° 2303, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **56 et 57, 63 et 64** figurent dans le rapport de M. Michel Issindou, sur l'assurance vieillesse (n° 2303, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **58 à 60** figurent dans le rapport de M. Denis Jacquat, sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (n° 2303, tome V).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **61 et 62** figurent dans le rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau, sur la famille (n° 2303, tome VI).

Le tableau comparatif figure dans le fascicule n° 2303, tome VII.

SOMMAIRE

	Pages
TABLEAU COMPARATIF	5
ANNEXE 1 : TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI.....	227
ANNEXE 2 : RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI.....	233

TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
	<p data-bbox="443 487 768 542">Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015</p> <p data-bbox="461 589 747 669">PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013</p> <p data-bbox="563 693 645 715">Article 1^{er}</p> <p data-bbox="470 742 606 764">1° Cf. Annexe 1</p> <p data-bbox="470 789 606 811">2° Cf. Annexe 1</p> <p data-bbox="470 837 606 859">3° Cf. Annexe 1</p> <p data-bbox="412 884 795 975">4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 173,8 milliards d'euros ;</p> <p data-bbox="412 1001 795 1070">5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;</p> <p data-bbox="412 1095 795 1164">6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, s'élevant à 0,1 milliard d'euros ;</p> <p data-bbox="412 1190 795 1259">7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 12,4 milliards d'euros.</p> <p data-bbox="567 1306 641 1328">Article 2</p> <p data-bbox="412 1354 795 1608">Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2013, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2013 figurant à l'article 1^{er}.</p>	<p data-bbox="806 487 1129 542">Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015</p> <p data-bbox="824 589 1111 669">PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013</p> <p data-bbox="927 693 1008 715">Article 1^{er}</p> <p data-bbox="888 742 1047 764"><i>(Sans modification)</i></p> <p data-bbox="933 1306 1007 1328">Article 2</p> <p data-bbox="888 1354 1047 1375"><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur

—

Code de la sécurité sociale

Livre I^{er}
Généralités – Dispositions communes à
tout ou partie des régimes de base
Titre III
Dispositions communes relatives au
financement
Chapitre VIII
Contributions à la charge des entreprises
de vente en gros de spécialités
pharmaceutiques et des entreprises
assurant l'exploitation d'une ou
plusieurs spécialités pharmaceutiques au
sens de l'article L. 596 du code de la
santé publique

Texte du projet de loi

—

**DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À
L'EXERCICE 2014**

Article 3

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

1° Le chapitre VIII du titre III du
livre I^{er} est complété par une section 3 ainsi
rédigée :

« Section 3

« Contribution au titre de médicaments
destinés au traitement de l'hépatite C

« Art. L. 138-19-1 – Lorsque le chiffre
d'affaires hors taxes réalisé en France
métropolitaine et dans les départements
d'outre-mer au cours de l'année civile au titre
des médicaments destinés au traitement de
l'infection chronique par le virus de
l'hépatite C, minoré des remises mentionnées
aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18, est
supérieur à un montant W déterminé par la loi
et s'est accru de plus de 10 % par rapport au
même chiffre d'affaires réalisé l'année
précédente minoré des remises mentionnées
aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et
L. 162-18 et de la contribution prévue au
présent article, les entreprises titulaires des
droits d'exploitation de ces médicaments sont
assujetties à une contribution.

« La liste des médicaments mentionnés
au premier alinéa est établie et publiée par la
Haute Autorité de santé. Le cas échéant, cette
liste est actualisée après chaque autorisation
de mise sur le marché ou autorisation
temporaire d'utilisation de médicaments qui
en relèvent.

Propositions de la Commission

—

**DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À
L'EXERCICE 2014**

Article 3

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Art. L. 138-19-2. – L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-19-1 minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et après déduction de la part du chiffre d'affaires afférente à chaque médicament figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 138-19-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes correspondant est inférieur à 10 % de W.

« Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1 multiplié par la différence entre l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article et le dernier prix proposé ou déclaré par l'entreprise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.

« Art. L. 138-19-3. – Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

Montant de chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (S)	Taux de la contribution exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée
S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10 %	50 %
S supérieur à W + 10 % et inférieur ou égal à W + 20 %	60 %
S supérieur à W + 20 %	70 %

« La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-2. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-19-4.

« Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes

« Pour ...

... code, *et dont le prix ou tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6*, un montant ...

... multiplié par *un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article.*

Amendements AS262 et AS267

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

« Le montant cumulé des contributions mentionnées aux articles L. 138-10 et L. 138-19-1 dues par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. L'excédent éventuel s'impute sur la contribution mentionnée à l'article L. 138-10.

« Art L. 138-19-4. – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments de la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 138-19-1 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments de la liste précitée bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Une entreprise signataire d'un accord mentionné au premier alinéa est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 90 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

« Art. L. 138-19-5. – Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-19-1 s'entend de ce groupe.

« Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.

« La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.

« En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

« Art L. 138-19-6. – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} avril suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

« Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l'article L. 162-18.

« Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014</p>	<p>désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 31 janvier de l'année suivante.</p> <p>« Art. L. 138-19-7. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;</p> <p>2° À l'article L. 138-20, après la référence : « L. 138-10 », il est inséré la référence : « L. 138-19-1, ».</p> <p>II. – Le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 450 millions d'euros.</p> <p>III. – Le présent article s'applique pour les années 2014 à 2016. Le Parlement est saisi par le Gouvernement, avant le 15 octobre 2016, d'un rapport d'évaluation.</p>	<p>III. – 2014, 2015 et 2016. Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 15 octobre 2016, un rapport d'évaluation du présent article.</p>
<p>Art. 63. – 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 l'année 2014.</p>	<p>Article 4</p> <p>Au II de l'article 63 de la loi n° 2013-1203 du 17 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, le montant : « 138 » est remplacé par le montant : « 118 ».</p>	<p>Amendements AS263 et AS271</p>
	<p>Article 5</p> <p>I. – Au titre de l'année 2014, sont rectifiés :</p> <p>1° Cf. Annexe 1</p> <p>2° Cf. Annexe 1</p>	<p>Article 4</p> <p><i>(Sans modification)</i></p> <p>Article 5</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 135-3-1. – Le fonds est en outre chargé de la mise en réserve de recettes pour le financement des dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. Cette mission est suivie au sein d'une nouvelle section qui retrace :</p> <p>I. – En recettes :</p> <p>1° Une part fixée à l'article L. 137-16 de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 ;</p> <p>2° Une part fixée à l'article L. 245-16 des prélèvements mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;</p> <p>3° Les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.</p> <p>II. - En dépenses, à partir de 2016, les versements du fonds au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs mentionnés au premier alinéa. Le montant annuel de ces versements est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.</p>	<p style="text-align: center;">3° Cf. Annexe 1</p> <p>4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 12,7 milliards d'euros ;</p> <p>5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites qui demeurent fixées conformément au III de l'article 24 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;</p> <p>6° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse qui sont nulles en application du II.</p> <p>II. – L'article L. 135-3-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, les mots : « d'une nouvelle section » sont remplacés par les mots : « d'une section distincte » ;</p> <p>2° Au I, le 1° et le 2° sont abrogés.</p>	

Texte en vigueur

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

Art. L. 137-16. – Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 20 %.

Toutefois, ce taux est fixé à 8 % pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, ainsi que pour les sommes affectées à la réserve spéciale de participation conformément aux modalités définies à l'article L. 3323-3 du code du travail au sein des sociétés coopératives de production soumises à la loi n° 78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives de production.

Le produit de cette contribution est réparti conformément au tableau suivant :

POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %	POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 8 %	
Caisse nationale d'assurance vieillesse	16 points	6,4 points
Fonds mentionné à l'article L. 135-1 Dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1	4 points 0,5 point	1,6 point 0,5 point

Art. L. 135-2. – Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes :

1° Le financement des allocations mentionnées :

– au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ;

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

III. - La dernière ligne du tableau du dernier alinéa de l'article L. 137-16 du même code est supprimée.

IV. – L'article L. 135-2 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Texte en vigueur

—

– au chapitre V du titre Ier du livre VIII ;

– à l'article 2 de l'ordonnance n°2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

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

.....

11° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail.

Les sommes mentionnées aux a, b, d, e, f et g du 4°, au 7° et au 10° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Les sommes mentionnées au c du 4° sont calculées sur une base forfaitaire déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Texte du projet de loi

—

« 12° Le financement d'avantages non contributifs, instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient. »

V. – Les dispositions des II, III et IV s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2014.

Article 6

Cf. Annexe 1

Propositions de la Commission

—

Article 6

(Sans modification)

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Livre I^{er} Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre I^{er} Assiette et régime fiscal des cotisations Section 1</p>	<p>TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015</p>	<p>TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015</p>
<p>Cotisations sur les pensions de retraite.</p>	<p>TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE</p>	<p>TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE</p>
<p>Art. L. 130-1. – Le montant des cotisations et des assiettes sociales visées au présent code et au code rural et de la pêche maritime est arrondi au franc ou à l'euro le plus proche. La fraction de franc ou d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.</p>	<p>CHAPITRE I^{ER} Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs</p>	<p>CHAPITRE I^{ER} Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs</p>
<p>Art. L. 131-1. – Les cotisations d'assurance maladie assises sur les pensions servies au titre d'une activité professionnelle déterminée sont dues au régime d'assurance maladie correspondant à cette activité, même si le droit aux prestations d'assurance maladie est ouvert au titre d'un autre régime.</p>	<p>Article 7</p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>A. – La section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} est ainsi modifiée :</p> <p>1° Elle est intitulée : « Cotisations et contributions sur les revenus de remplacement »</p> <p>2° L'article L. 130-1 est abrogé ;</p> <p>3° L'article L. 131-1 devient l'article L. 131-1-1 ;</p>	<p>Article 7</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

4° Il est rétabli un article L. 131-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 131-1. – Les cotisations et contributions sociales dues sur les avantages de retraite et d'invalidité, les indemnités journalières, les allocations de chômage et de préretraite et les autres revenus mentionnés à l'article L. 131-2 et au 7° du II de l'article L. 136-2 sont, sous réserve du II *bis* de l'article L. 136-5, précomptées au moment du versement de ces avantages, allocations ou revenus par l'organisme débiteur de ces revenus. » ;

5° Les articles L. 131-2 et L. 131-3 sont transférés au sein de cette section et l'article L. 131-2 est ainsi modifié :

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

« Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les allocations et indemnités des travailleurs involontairement privés d'emploi ou placés en situation de cessation totale ou partielle d'activité versées en application des articles L. 1233-68 et L. 1233-72, du II de l'article L. 5122-1 et des articles L. 5122-4, L. 5123-2, L. 5123-3, L. 5421-2, L. 5422-1, L. 5424-6 et L. 5425-2 du code du travail, ainsi que de l'article L. 5343-18 du code des transports.

Art. L. 131-2. – Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur le revenu de remplacement mentionné à l'article L. 351-2 du code du travail, sur les allocations versées en application de l'article L. 1233-68, des troisième (1°), cinquième (4°), sixième (5°) et septième alinéas de l'article L. 322-4, sur les rémunérations versées en application du quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3, sur les allocations versées en application du troisième alinéa de l'article L. 322-11, des articles L. 351-19, L. 351-25 et L. 731-1 du même code et de l'article L. 521-1 du code des ports maritimes, ainsi que sur les allocations versées par application des accords mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail.

Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est également prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité en application de l'article L. 322-4 du code du travail, de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982, ainsi que des ordonnances n° 82-297 et n° 82-298 du 31 mars 1982 ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles. Les taux qui leur sont applicables sont fixés par décret.

« Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité en application de l'article 15 de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 relative aux contrats de solidarité des collectivités locales ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles. » ;

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Le prélèvement de la cotisation ne peut avoir pour effet de réduire les avantages mentionnés au présent article à un montant net inférieur au seuil d'exonération établi en application des articles L. 242-12 et L. 711-2 du présent code et 1031 du code rural.</p>	<p>b) Au troisième alinéa, les mots : « 1031 du code rural » sont remplacés par les mots : « L. 741-14 du code rural et de la pêche maritime » ;</p>	
<p>Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.</p>	<p>c) Le dernier alinéa est complété par les mots : « , notamment les taux des cotisations ».</p>	
<p>Livre I^{er} Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre I^{er} Assiette et régime fiscal des cotisations Section 2 Cotisations sur les revenus de remplacement, les indemnités et les allocations de chômage.</p>	<p>B. – La section 2 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} est abrogée.</p>	
<p>Art. L. 131-3. – Les cotisations d'assurance maladie assises sur les revenus de remplacement et allocations mentionnés à l'article L. 131-2 sont dues au régime d'assurance maladie dont l'intéressé relevait à la date à laquelle le revenu de remplacement ou l'allocation lui a été attribué.</p>		
<p>Livre I^{er} Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre III bis Modernisation et simplification des déclarations sociales ainsi que du recouvrement des cotisations et contributions sociales</p>	<p>C. – Le chapitre III bis du titre III du livre I^{er} est complété par une section 6 ainsi rédigée :</p>	
	<p>« Section 6 « Règles d'arrondis</p>	
	<p>« Art. L. 133-10. – Le montant des cotisations et contributions sociales et de leurs assiettes déclarées aux organismes de sécurité sociale en application du présent code, du code de l'action sociale et des familles ou du</p>	

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

code rural et de la pêche maritime est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. »

Art. L. 136-2. – I. – La contribution est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions y compris les majorations et bonifications pour enfants, des rentes viagères autres que celles visées au 6 de l'article 158 du code général des impôts et des revenus tirés des activités exercées par les personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3. L'assiette de la contribution due par les artistes-auteurs est celle prévue au troisième alinéa de l'article L. 382-3.

.....
III. - Ne sont pas inclus dans l'assiette de la contribution :

1° Les allocations de chômage visées à l'article L. 131-2, perçues par des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article. En outre, la contribution pesant sur ces allocations ne peut avoir pour effet de réduire le montant net de celles-ci ou, en cas de cessation partielle d'activité, le montant cumulé de la rémunération d'activité et de l'allocation perçue, en deçà du montant du salaire minimum de croissance ;

2° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article ou qui sont titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par un régime de base de sécurité sociale sous conditions de ressources ou par le fonds spécial visé à l'article L. 814-5. Ces conditions de ressources sont celles qui sont applicables pour l'attribution de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité ;

D. – Aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, les mots : « déterminés en application des dispositions des I et III du même article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au 2° du III de l'article L. 136-8 ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

.....
8° L'indemnité prévue à l'article 9 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative au volontariat associatif et à l'engagement éducatif.

Art. L. 136-5. – I. – Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations.

.....
III. – La contribution due sur les pensions d'invalidité et sur les indemnités journalières ou allocations visées au 7° du II de l'article L. 136-2 est pré-

E. – Les trois premières phrases du III de l'article L. 136-5 sont supprimées.

Texte en vigueur

comptée par l'organisme débiteur de ces prestations et versée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 et L. 612-9 du présent code et à l'article 1031 du code rural. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées à l'article L. 612-4 et servies par les régimes de base et les régimes complémentaires est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations ; elle est versée à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 612-9. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées au II de l'article 1106-6-1 du code rural est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations. La contribution sociale généralisée due sur les indemnités de congés payés et sur les avantages conventionnels y afférents, servis par les caisses de congés payés en application des dispositions de l'article L. 223-16 du code du travail, est précomptée par les caisses de congés payés, responsables du versement de l'ensemble des charges assises sur ces indemnités et avantages sous réserve d'exceptions prévues par arrêté.

.....

Art. L. 136-8. – I. – Le taux des contributions sociales est fixé :

1° À 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;

2° À 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

3° À 6,9 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.

II. – Par dérogation au I :

1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ;

Texte du projet de loi

F. – L'article L. 136-8 est ainsi modifié :

1° Au 1° du II, les mots : « au taux de 6,2 % » sont remplacés par les mots : « aux taux de 3,8 % ou 6,2 %, selon les modalités définies au III, » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.

III. – Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts et dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article.

Texte du projet de loi

2° Au 2° du II, les mots : « au taux de 6,6 % » sont remplacés par les mots : « aux taux de 3,8 % ou 6,6 %, selon les modalités définies au III du présent article, » ;

3° Le III est ainsi rédigé :

« III. – Les taux mentionnés aux 1° et 2° du II s'appliquent :

« 1° Pour ceux de 6,2 % et 6,6 %, aux allocations, indemnités et pensions perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède 13 900 € pour la première part de quotient familial, majorée de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 207 € pour la première part, majorés de 4 082 € pour la première demi-part et de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte ces montants sont fixés respectivement à 15 930 € 4 268 € et 3 711 € ;

« 2° Pour celui de 3,8 %, aux allocations, indemnités et pensions perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts est inférieur aux seuils mentionnés à l'alinéa précédent et excède 10 633 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire, retenues pour le calcul de l'impôt sur le revenu afférent à ces revenus. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 12 582 € pour la première part, majorés de 3 123 € pour la première demi-part et 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte ces montants sont fixés respectivement à 13 156 € 3 265 € et 2 839 €

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Les seuils mentionnés au présent III sont applicables pour la contribution due au titre de l'année 2015. Ils sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. ».

.....
Art. L. 137-11-1. – Les rentes versées dans le cadre des régimes mentionnés au I de l'article L. 13711 sont soumises à une contribution à la charge du bénéficiaire.

Les rentes versées au titre des retraites liquidées avant le 1^{er} janvier 2011 sont soumises à une contribution sur la part qui excède 500 € par mois. Le taux de cette contribution est fixé à :

– 7 % pour la part de ces rentes supérieure à 500 € et inférieure ou égale à 1 000 € par mois ;

– 14 % pour la part de ces rentes supérieure à 1 000 € et inférieure ou égale à 24 000 € par mois ;

– 21 % pour la part de ces rentes supérieure à 24 000 € par mois.

Les rentes versées au titre des retraites liquidées à compter du 1^{er} janvier 2011 sont soumises à une contribution sur la part qui excède 400 € par mois. Le taux de cette contribution est fixé à :

– 7 % pour la part de ces rentes supérieure à 400 € et inférieure ou égale à 600 € par mois ;

– 14 % pour la part de ces rentes supérieure à 600 € et inférieure ou égale à 24 000 € par mois ;

– 21 % pour la part de ces rentes supérieure à 24 000 € par mois.

Ces valeurs sont revalorisées chaque année en fonction de l'évolution du plafond défini à l'article L. 241-3 et arrondies selon les règles définies à

G. – À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 137-11-1, les mots : « selon les règles définies à l'article L. 130-1 »

Texte en vigueur

l'article L. 130-1. La contribution est précomptée et versée par les organismes débiteurs des rentes et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur ces rentes.

Art. L. 241-3. – La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'État prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, par les contributions prévues aux articles L. 137-10, L. 137-12 et L. 137-15 et par des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, calculé selon les règles fixées par ce décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par des arrêtés ministériels pour certaines catégories de salariés ou assimilés.

La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

Le recouvrement des cotisations mentionnées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale

Texte du projet de loi

sont remplacés par les mots : « à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. »

H. – Au premier alinéa de l'article L. 241-3, la référence : « L. 131-1 » est remplacée par la référence : « L. 135-1 ».

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.

Art. L. 242-13. – I. – Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle est financé par :

1° Une cotisation à la charge des assurés mentionnés aux 1° à 3° du II de l'article L. 325-1, assise sur leurs gains ou rémunérations, précomptée par leurs employeurs au bénéfice de ce régime et recouvrée par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général ;

2° Une cotisation à la charge des assurés mentionnés aux 5° à 11° et à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 325-1, assise sur les avantages de vieillesse d'un régime de base, d'un régime complémentaire ou d'un régime à la charge de l'employeur, que ces avantages soient servis au titre d'une législation française ou d'une législation d'un autre État, et sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2. Les modalités de prise en compte des avantages de vieillesse acquis au titre de la législation d'un autre État pour le calcul de la cotisation prélevée sur les avantages servis par un régime français sont déterminées par décret. La cotisation est précomptée par les organismes débiteurs français au bénéfice du régime local lors de chaque versement de ces avantages ou allocations et versée directement à ce régime.

II. – Le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local détermine les exonérations accordées en cas d'insuffisance de ressources, selon les principes fixés par l'article L. 136-2 et par le premier alinéa de l'article L. 380-2.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

I. – Au premier alinéa du II de l'article L. 242-13, les mots : « , selon les principes fixés par l'article L. 136-2 et par le premier alinéa » sont remplacés par les mots : « selon les modalités prévues au deuxième alinéa ».

Texte en vigueur

Il fixe les taux de cotisation permettant de garantir le respect de l'équilibre financier du régime dans la limite d'une fourchette fixée par décret. L'article L. 131-9 n'est pas applicable à ces cotisations.

Art. L. 243-2. – Les cotisations dues sur les avantages de retraite et sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 sont précomptées lors de chaque versement par l'organisme débiteur de ces avantages ou allocations.

Les dispositions des sections 2 à 5 du présent chapitre, du chapitre 4 du titre IV du présent livre et des articles L. 133-1 et L. 374-1 du présent code s'appliquent au recouvrement des cotisations mentionnées à l'alinéa ci-dessus, sous réserve d'adaptations fixées par voie réglementaire.

Art. L. 244-1. – L'employeur ou le travailleur indépendant, qui ne s'est pas conformé aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, est poursuivi devant le tribunal de police, soit à la requête du ministère public, éventuellement sur la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, soit à la requête de toute partie intéressée et, notamment, de tout organisme de sécurité sociale.

Art. L. 244-11. – L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard dues par un employeur ou un travailleur indépendant, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, se prescrit par cinq ans à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure prévus aux articles L. 244-2 et L. 244-3.

Art. L. 244-14. – Tout agent ou ancien agent d'un organisme de sécurité sociale qui, soit en activité, en position de congé ou de disponibilité, soit après admission à la retraite, soit après démis-

Texte du projet de loi

J. – L'article L. 243-2 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est supprimé ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « mentionnées à l'alinéa ci-dessus » sont remplacés par les mots : « dues sur les revenus de remplacement mentionnés à la section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} ».

K. – À l'article L. 244-1, les mots : « L'employeur ou le travailleur indépendant » sont remplacés par les mots : « Le cotisant ».

L. – À l'article L. 244-11, les mots : « dues par un employeur ou un travailleur indépendant » sont supprimés.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

sion ou révocation et pendant un délai de cinq ans à compter de la cessation de ses fonctions, intervient, moyennant rémunération, prend ou reçoit une participation par travail, conseils ou capitaux dans une entreprise en vue de faire obtenir par des employeurs ou travailleurs indépendants une remise, totale ou partielle, sur les sommes qui leur sont réclamées par les organismes de sécurité sociale en vertu des dispositions législatives ou réglementaires, sera puni d'un emprisonnement de deux ans et de 4 500 euros d'amende.

Le tribunal peut ordonner, dans tous les cas, que le jugement de condamnation sera publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désigne et affiché dans les lieux qu'il indique, le tout aux frais du contrevenant sans que le coût total de ces différentes opérations puisse dépasser 15 euros.

Les employeurs ou travailleurs indépendants considérés comme complices seront frappés des mêmes peines.

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

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

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 14-10-4. – Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :

1° Une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée

Texte du projet de loi

M. – À l'article L. 244-14, les mots : « employeurs ou travailleurs indépendants » sont remplacés par deux fois par les mots : « cotisants ».

N. – Le dernier alinéa de l'article L. 612-9 est abrogé.

II. – Le premier alinéa du 1° bis de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

—
dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ;

1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts.

Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus au III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale

Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° *bis* de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ;

2° Une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;

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

Texte du projet de loi

—
1° Les mots : « la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède le seuil mentionné au 1° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale » ;

2° Les mots : « au III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 136 5 du même code ».

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

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

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

Code général des impôts

Art. 154 quinquies. – I. Pour la détermination des bases d'imposition à l'impôt sur le revenu, la contribution prévue à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale au titre des revenus d'activité et de remplacement est, à hauteur de 5,1 points ou, pour les revenus visés au 1° du II et au III de l'article L. 136-8 du même code et pour ceux visés au 2° du II du même article, à hauteur respectivement de 3,8 points et 4,2 points, admise en déduction du montant brut des sommes payées et des avantages en nature ou en argent accordés, ou du bénéfice imposable, au titre desquels la contribution a été acquittée. La contribution prévue au 6° du II de l'article L. 136-2 du même code est admise en déduction du revenu imposable de l'année de son paiement.

Texte du projet de loi

III. – Au I de l'article 154 quinquies du code général des impôts, les mots : « visés au 1° du II et au III de l'article L. 136-8 du même code et pour ceux visés au 2° du II du même article, à hauteur respectivement de 3,8 points et 4,2 points » sont remplacés par les mots : « mentionnés au II de l'article L. 136-8 du même code, à hauteur de 3,8 points lorsqu'elle est prélevée au taux de 3,8 % ou 6,2 % et à hauteur de 4,2 points lorsqu'elle est prélevée au taux de 6,6 % ».

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

II. La contribution afférente aux revenus mentionnés aux a, b, c, e, à l'exception des gains et avantages imposés dans les conditions prévues au 5 de l'article 200 A et aux 6 et 6 *bis* du même article dans leur rédaction applicable aux options sur titres et actions gratuites attribuées avant le 28 septembre 2012, et f du I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, au II du même article et aux revenus mentionnés au premier alinéa et au 1^o du I de l'article L. 136-7 du même code n'ayant pas fait l'objet des prélèvements prévus au II de l'article 125-0 A et aux I *bis*, II, III, second alinéa du 4^o et deuxième alinéa du 9^o du III *bis* de l'article 125 A est admise en déduction du revenu imposable de l'année de son paiement, à hauteur de 5,1 points.

La contribution afférente aux gains bénéficiant de l'abattement fixe mentionné au 1 du I de l'article 150-0 D *ter* mentionnés à l'article 150-0 A est déductible dans les conditions et pour la fraction définies au premier alinéa du présent II, dans la limite du montant imposable de chacun de ces gains.

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 761-10. – L'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire, spécifique aux assurés des professions agricoles et forestières, est administrée par un conseil d'administration composé de membres des professions agricoles et forestières dont les attributions et la répartition sont fixées par décret.

Les modalités de fonctionnement de cette instance de gestion spécifique sont fixées par décret en Conseil d'État.

Le conseil d'administration fixe, chaque année, les taux de cotisations mentionnées à l'article L. 761-5, pour permettre de garantir le respect de l'équilibre financier du régime et le financement des frais de gestion du régime. Les dispositions de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables à ces cotisations.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Le conseil d'administration détermine également les exonérations accordées en cas d'insuffisance des ressources, conformément aux principes énoncés à l'article L. 136-2 et au premier alinéa de l'article L. 380-2 du même code.

L'affiliation et l'immatriculation au régime local, le recouvrement des cotisations et le service des prestations sont assurés par les caisses de mutualité sociale agricole concernées selon les conditions fixées par une convention conclue entre le conseil d'administration de l'instance de gestion spécifique et la caisse centrale de la mutualité sociale agricole approuvée par le ministre chargé de l'agriculture.

Le contrôle de l'État sur la gestion du régime et le fonctionnement de l'instance de gestion spécifique s'exerce dans les mêmes conditions que pour les organismes de mutualité sociale agricole.

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

Art. 14. – I. – Il est institué une contribution sur les revenus d'activité et de remplacement mentionnés aux articles L. 136-2 à L. 136-4 du code de la sécurité sociale perçus du 1er février 1996 jusqu'à l'extinction des missions prévues à l'article 2 par les personnes physiques désignées à l'article L. 136-1 du même code.

Cette contribution est assise sur les revenus visés et dans les conditions prévues aux articles L. 136-2 à L. 136-4 et au III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

II. –

III. – La contribution due sur les prestations visées aux 7°, 8° et 9° du II est précomptée par l'organisme débiteur dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 du code de la sécurité sociale et 1031 du code rural.

Texte du projet de loi

IV. – Au troisième alinéa de l'article L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « , conformément aux principes énoncés à l'article L. 136-2 et au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « selon les modalités prévues au deuxième alinéa ».

V. – Au premier alinéa du III de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, les mots : « aux articles L. 243-2 du code de la sécurité sociale et 1031 du code rural » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 131-1 du code de la sécurité sociale ».

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

La contribution prévue au I est recouvrée et contrôlée dans les conditions et sous les garanties et sanctions visées à l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale.

IV. – Les prestations visées au 8° du II, à l'exception de l'allocation logement mentionnée aux articles L. 542-1 et L. 755-21 du code de la sécurité sociale, ne sont assujetties à la contribution qu'à compter du 1er janvier 1997.

Art. L. 311-3. – Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :

1°) les travailleurs à domicile soumis aux dispositions des articles L. 721-1 et suivants du code du travail ;

.....

20°) Les vendeurs à domicile visés à l'article L. 135-1 du code de commerce, non immatriculés au registre du commerce ou au registre spécial des agents commerciaux ;

21°) Les personnes qui exercent à titre occasionnel pour le compte de l'État, d'une collectivité territoriale ou d'un de leurs établissements publics administratifs, d'une autorité publique indépendante dotée de la personnalité

Texte du projet de loi

VI. – Le présent article s'applique aux revenus de remplacement dont le fait générateur intervient à compter du 1^{er} janvier 2015, à l'exception du III qui s'applique à compter de l'imposition des revenus de l'année 2015.

Article 8

I. – L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 21° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 21° Les personnes qui contribuent à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée, lorsque cette activité revêt un caractère occasionnel.

Propositions de la Commission

Article 8

(Sans modification)

Texte en vigueur

morale ou d'un organisme privé chargé de la gestion d'un service public à caractère administratif, une activité dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par décision de justice. Un décret précise les types d'activités et de rémunérations en cause.

Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables, sur leur demande, dans des conditions fixées par décret, aux personnes exerçant une des professions visées à l'article L. 621-3, lorsque les activités occasionnelles visées ci-dessus en sont le prolongement ;

22°) Les dirigeants des associations remplissant les conditions prévues au deuxième alinéa du d du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts ;

.....

32°) Les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés mentionnés aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail.

Texte du projet de loi

« Un décret précise les sommes, activités et employeurs entrant dans le champ d'application du présent 21°. Il fixe les conditions dans lesquelles, lorsque la participation à la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée, les sommes versées en rétribution de la participation à cette mission peuvent, en accord avec l'ensemble des parties, être versées à l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée l'activité salariée, lorsque ce dernier maintient en tout ou partie la rémunération.

« Il fixe également les conditions dans lesquelles les dispositions du précédent alinéa ne sont pas applicables, sur leur demande, aux personnes participant à la mission de service public qui font partie des professions mentionnées à l'article L. 621-3. Dans ce cas, les sommes versées en rétribution de l'activité occasionnelle sont assujetties dans les mêmes conditions, selon les mêmes modalités et sous les mêmes garanties que le revenu d'activité non salarié, tel que défini à l'article L. 131-6, ou les revenus professionnels, tels que définis à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, que ces personnes tirent de leur profession. » ;

2° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article. »

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

**Loi n° 98-546 du 2 juillet 1998
portant diverses dispositions d'ordre
économique et financier**

Art. 13. – Les indemnités versées aux élus des chambres d'agriculture, des chambres de métiers et des caisses de sécurité sociale, au titre de leur mandat, ne sont pas prises en compte pour l'attribution des prestations sociales de toute nature, notamment celles relevant du code de la sécurité sociale ou du code de l'action sociale et des familles, et ne sont pas assujetties aux cotisations de sécurité sociale.

II. – L'article 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est abrogé.

III. – Le présent article s'applique aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Code de la sécurité sociale

« Art L. 241-10. – I. – La rémunération d'une aide à domicile est exonérée des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par :

.....

I bis. – Chaque heure de travail effectuée par les salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail ouvre droit à une déduction forfaitaire de la cotisation patronale due au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès dont le montant est fixé par décret. 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. Ces déductions ne sont cumulables ni avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations.

.....

Article 8 bis

I. – À la fin de la première phrase du I bis de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « par décret », sont remplacés par les mots : « à 1,50 euro ».

Texte en vigueur

—

« Art L. 241-10. – I. – ……………

III. – Sont exonérées de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes :

1° Les associations et entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du même code pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ;

2° Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;

3° Les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.

Cette exonération s'applique à la fraction des rémunérations versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privatif :

a) Des personnes mentionnées au I ;

b) Des bénéficiaires soit de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les structures susmentionnées et un organisme de sécurité sociale, soit des prestations mentionnées au deuxième

Texte du projet de loi

—

Propositions de la Commission

—

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendements AS249 et AS30

Article 8 ter

Après le b) du 3° du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Texte en vigueur

alinéa de l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles ou des mêmes prestations d'aide et d'accompagnement aux familles dans le cadre d'une convention conclue entre ces structures et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les tâches effectuées au bénéfice des personnes visées au a du I du présent article, du plafond prévu par ce même a.

Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par le présent III et notamment :

.....

Livre II
Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses
Titre IV
Ressources
Chapitre II
Assiette, taux et calcul des cotisations
Section 1
Cotisations assises sur les rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés et assimilés
Sous-section 1
Dispositions générales

Texte du projet de loi

Article 9

À la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, après l'article L. 242-4-3, il est inséré un article L. 242-4-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 242-4-4. – Les cotisations forfaitaires fixées par arrêté pris en application des dispositions des articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 ne peuvent être calculées sur une base inférieure à 70 % de la rémunération lorsque celle-ci est égale ou supérieure à 1,5 fois la valeur du plafond mentionné à l'article L. 241-3. ».

Propositions de la Commission

« Le bénéfice de ces dispositions ne peut s'appliquer dans les établissements et services mentionnés aux 2° et au 3°, au b du 5° et aux 6°, 7°, 11° et 12° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, au titre des prestations financées par les organismes de sécurité sociale en application de l'article L. 314-3 du même code. »

Amendement AS250

Article 9

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

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

« Art. L. 242-4-4. – Pour l'application des dispositions des articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 ainsi que des articles L. 741-9 et L. 751-10 du code rural et de la pêche maritime, des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par décret, pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés auxquels ne s'applique pas le salaire minimum de

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

1° Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;

2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.

.....

Art. L. 241-3. – La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'État prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses

croissance ou qui sont soumis à l'obligation d'affiliation prévue à l'article L. 311-3, sous réserve que leur application vise à préserver leurs droits aux assurances sociales.

« Des cotisations forfaitaires peuvent également être fixées par décret pour certaines activités revêtant un caractère occasionnel ou saisonnier, sous réserve, pour les rémunérations égales ou supérieures à 1,5 fois la valeur du plafond mentionné à l'article L. 241-3 correspondant à la durée du travail, que leur application ne conduise pas à une diminution de plus de 30 % du montant qui serait dû en l'absence de telles cotisations forfaitaires. » ;

B. – Le quatrième alinéa de l'article L. 241-2, le troisième alinéa de l'article L. 241-3 et le deuxième alinéa de l'article L. 241-5 sont supprimés ;

Texte en vigueur

supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, par les contributions prévues aux articles L. 137-10, L. 137-12 et L. 137-15 et par des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, calculé selon les règles fixées par ce décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par des arrêtés ministériels pour certaines catégories de salariés ou assimilés.

La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

Le recouvrement des cotisations mentionnées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.

Art. L. 241-5. – Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont à la charge exclusive des employeurs. Elles sont assises sur les rémunérations ou gains des salariés.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de salariés ou assimilés.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération.

Les ressources de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont en outre constituées par le produit de la pénalité prévue à l'article L. 138-29.

Art. L. 241-6. – Les charges de prestations familiales dont bénéficient les salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, ainsi que les charges afférentes à la gestion et au service de ces prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la Caisse nationale des allocations familiales, qui suit l'exécution de toutes les dépenses.

Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au premier alinéa comprennent :

1° Des cotisations proportionnelles à l'ensemble des rémunérations ou gains perçus par les salariés des professions non agricoles ; des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés ; ces cotisations proportionnelles et forfaitaires sont intégralement à la charge de l'employeur ;

.....

8° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 du présent code, dans les conditions fixées par ce même article.

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 741-13. – Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté interministériel pour certaines catégories d'assurés.

Les taux des contributions patronales et ouvrières dues pour les

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

C. – Au 1° de l'article L. 241-6, les mots : « des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés ; » sont supprimés ;

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

A. – Le premier alinéa de l'article L. 741-13 est supprimé ;

Texte en vigueur

stagiaires remplissant les conditions fixées par décret en Conseil d'État peuvent être réduits par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale.

Art. L. 751-19. – Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté interministériel, dans les conditions définies à l'article L. 751-15, pour certaines catégories de salariés agricoles.

Texte du projet de loi

Article 10

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

1° Dans l'intitulé du chapitre et de sa section 1, les mots : « au sens de l'article L. 596 » sont supprimés ;

Propositions de la Commission

B. – L'article L. 751-19 est abrogé ;

III. – Les cotisations forfaitaires fixées par arrêté ministériel en application des dispositions des articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale ainsi que du premier alinéa de l'article L. 741-13 et de l'article L. 751-19 du code rural et de la pêche maritime dans leur version antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi demeurent applicables jusqu'à l'intervention du décret prévu à l'article L. 242-4-4 et, à défaut, pendant une période transitoire courant jusqu'au 31 décembre 2015.

Amendement AS251

Article 10

Livre I^{er}
Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
Titre III
Dispositions communes relatives au financement
Chapitre VIII
Contributions à la charge des entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique
Section 1
Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique

Texte en vigueur

Section 2

Contributions à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique

Art. L. 138-10. – I. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

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

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

Texte du projet de loi

2° La section 2 est ainsi rédigée :

« Section 2

« Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques »

« Art. L. 138-10. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus de L %, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

« Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7, à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte :

« 1° 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 pour lesquels le chiffre d'affaire hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

—
 — lorsqu'il n'exède pas 30 millions d'euros, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre de tout médicament orphelin au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K (*) et / ou égal à K + 0, 5 point	50 %
T supérieur à K + 0, 5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %

(*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.

Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu, postérieurement au 1^{er} janvier 1999, une convention avec le Comité économique des produits de santé en application de l'article L. 162-16-4, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le ver-

Texte du projet de loi

«2° Les spécialités génériques définies au a du 5° de 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.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

sement d'une remise en application de l'article L. 162-18 et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

II. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ces listes, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

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

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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

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

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K (*) et / ou égal à K + 0,5 point	50 %
T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %

(*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.

Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires réalisé au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne le versement d'une remise et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4,

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

III. – Les dispositions des articles L. 138-11 à L. 138-19 sont applicables séparément à chacune des contributions prévues aux I et II du présent article.

Art. L. 138-11. – Le montant global de la contribution tel que calculé en application de l'article L. 138-10 est ainsi réparti :

a) A concurrence de 30 %, sur le chiffre d'affaires des entreprises redevables tel que défini à l'article L. 138-10 ;

b) A concurrence de 40 %, sur la progression du chiffre d'affaires tel que défini à l'article L. 138-10, réalisé en France

Texte du projet de loi

« Art. L. 138-11. – L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-10 minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1.

« Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1 multiplié par la différence entre l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article et le dernier prix proposé ou déclaré par l'entreprise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.

Propositions de la Commission

« Pour ...

... L. 162-16-4,
L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, ...

... multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article.

Amendements AS264 et AS266

Texte en vigueur

par les entreprises redevables au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, par rapport au chiffre d'affaires réalisé en France au titre des spécialités inscrites sur ladite liste par les mêmes entreprises, lorsque cette progression est supérieure au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel que défini à l'article L. 138-10 ;

c) A concurrence de 30 % sur les charges mentionnées au I de l'article L. 245-2, après déduction, le cas échéant, des abattements prévus au II du même article, exposées par l'ensemble des entreprises redevables.

Les entreprises créées depuis moins de deux ans ne sont pas redevables de la part de la contribution mentionnée au b du présent article, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

Les règles d'exonération prévues par l'article L. 245-4 sont applicables au calcul de la part de la contribution prévue au c du présent article.

Art. L. 138-12. – La fraction de la part de la contribution prévue au a de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre son chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, et le montant total du chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, déclaré par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.

La fraction de la part de la contribution visée au b de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rap-

Texte du projet de loi

« Art. L. 138-12. - Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Taux de la contribution exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée
T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point	50 %
T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	60 %
T supérieur à L + 1 point	70 %

« La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 60 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

port entre la progression de son chiffre d'affaires et la somme des progressions de chiffres d'affaires supérieures au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, déclarées par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.

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

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

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

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

Art. L. 138-13. – Les parts de la contribution mentionnées au a et au b de l'article L. 138-11 font l'objet d'un versement au plus tard le 1er juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 40 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires tel que défini à l'article L. 138-10. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

« Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

« Art L. 138-13. – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

La part de la contribution mentionnée au c de l'article L. 138-11 fait l'objet d'un versement provisionnel au plus tard le 1er juin de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ce versement provisionnel est assis sur les sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er mars précédent. Ce montant est régularisé le 1er juin de l'année suivant l'année au cours de laquelle est effectué le versement provisionnel. Cette régularisation est établie sur la base des sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er mars précédant cette date.

alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.

« Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. Une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

« Art. L. 138-14. – Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-10 s'entend de ce groupe.

« Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 138-15. – En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

« La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.

« En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

« Art. L. 138-15. – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

« Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l'article L. 162-18.

« Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1^{er} mars de l'année suivante.

Art. L. 138-16. – En cas de non-déclaration dans les délais prescrits ou de déclaration manifestement erronée de certaines entreprises redevables, le taux de croissance du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables est déterminé par le rapport entre la somme des chiffres d'affaires valablement déclarés au titre de l'année civile et la somme des chiffres d'affaires réalisés par les mêmes entreprises au titre de l'année civile précédente.

« Art. L. 138-16. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

Texte en vigueur

Art. L. 138-17. – La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'État.

Art. L. 138-18. – Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Art. L. 138-19. – Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-10 s'entend de ce groupe.

Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle est appelée la contribution, en application des dispositions de l'article L. 233-16 du code de commerce, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.

Toutefois, la société qui acquitte la contribution adresse à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.

Texte du projet de loi

3° Les articles L. 138-17 à L. 138-19 sont abrogés.

II. – Le I s'applique pour le calcul de la contribution due à compter de l'année 2015.

Le taux L mentionné aux articles L. 162-10 et L. 162-12 du code de la sécurité sociale est fixé à – 1 %.

III. – À compter du 1^{er} janvier 2015, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 700 millions d'euros.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

III bis. – Au 2° de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, après le mot : « articles », sont insérées les références : « L. 138-13, L. 138-19-4, » ;

Amendement AS265

IV. – Après l'article L. 162-17-4-1 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 162-17-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-5. – Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnés à l'article L. 162-22-7, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité mentionné aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 165-7 des produits et prestations concernés.

« Les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire. »

Art. L. 162-22-7-1. – Le Comité économique des produits de santé peut fixer pour chacun des médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le tarif de responsabilité mentionné aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7. Les entreprises peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire.

V. – L'article L. 162-22-7-1 du même code est abrogé. Toutefois, les dispositions de cet article continuent de s'appliquer aux spécialités, produits ou prestations pour lesquels le Comité économique des produits de santé a fixé un montant maximum de dépenses.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p align="center">—</p> <p>Code général des impôts</p>	<p align="center">—</p> <p align="center">Article 11</p>	<p align="center">—</p> <p align="center">Article 11</p>
<p>Art. 1600-0 O. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :</p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>II. – Les dispositifs mentionnés au I sont les dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro définis à l'article L. 5221-1 du même code.</p>	<p>1° L'article 1600-0 O est abrogé ;</p>	
<p>III. – L'assiette de la taxe est constituée du montant total des ventes de dispositifs mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes portant sur les dispositifs mentionnés au même II lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne.</p>		
<p>IV. Le taux de cette taxe est fixé à 0,29 %.</p>		
<p>V. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de dispositifs mentionnés au II.</p>		
<p>Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II.</p>		
<p>La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.</p>		
<p>Art. 1600-0 Q. – I. – Les redevables des taxes mentionnées au I des</p>	<p>2° L'article 1600-0 Q est ainsi modifié :</p>	
	<p>a) Au premier alinéa du I, les mots : « des taxes mentionnées au I des articles</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>articles 1600-0 O et 1600-0 P déclarent ces taxes sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. Le montant de chacune des taxes concernées est acquitté lors du dépôt de la déclaration.</p>	<p>1600-0 O et 1600-0 P déclarent ces taxes » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 P déclarent cette taxe » et les mots : « chacune des taxes concernées » sont remplacés par les mots : « la taxe concernée » ;</p>	
<p>Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A déclarent et acquittent les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287.</p>	<p>b) Au deuxième alinéa du I, les mots : « les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « la taxe mentionnée au I de l'article » ;</p>	
<p>II. – Les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P sont constatées, recouvrées et contrôlées selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe.</p>	<p>c) Au II, les mots : « Les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P sont constatées, recouvrées et contrôlées » sont remplacés par les mots : « La taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 P est constatée recouvrée et contrôlée » ;</p>	
<p>III. – Lorsque les redevables des taxes mentionnées au même I ne sont pas établis dans un État membre de l'Union européenne ou dans tout autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen et ayant conclu une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscales, ils sont tenus de faire accréditer auprès du service des impôts compétent un représentant assujéti à la taxe sur la valeur ajoutée établi en France qui s'engage à remplir les formalités incombant à ces redevables et, en cas d'opération imposable, à acquitter les taxes à leur place.</p>	<p>d) Au premier alinéa du III, les mots : « des taxes mentionnées » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée » et les mots : « les taxes à leur place » sont remplacés par les mots : « la taxe à leur place » ;</p>	
<p>Ce représentant tient à la disposition de l'administration fiscale la comptabilité afférente aux ventes des dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O et aux produits mentionnés au II de l'article 1600-0 P.</p>	<p>e) Au deuxième alinéa du III, les mots : « dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O et aux » sont supprimés ;</p>	

Texte en vigueur

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.

Art. 1647. – I. – Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement sur le montant :

a. Abrogé ;

b. Des droits, taxes, redevances et autres impositions visés au II de l'article 1635 *ter*.

Le taux de ce prélèvement est fixé à 4 % du montant des recouvrements.

II. – (Sans objet)

III. – Pour frais de recouvrement, l'État effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale. Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances.

III bis. – Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement de 0,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1600-0 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.

.....

XVII. – Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État prélève 0,5 % des sommes recouvrées au titre de la contribution additionnelle, dénommée taxe de solidarité sur les billets d'avion, au profit du fonds de solidarité pour le développement prévue au VI de l'article 302 bis K, ainsi que sur le montant de la taxe d'aéroport et de sa majoration mentionnées à l'article 1609 quater *quater* et sur le montant de la taxe sur les nuisances sonores aériennes mentionnée à l'article 1609 quater *quater* A.

Texte du projet de loi

f) Au IV, les mots : « des taxes mentionnées aux articles 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée à l'article » ;

3° Au III bis de l'article 1647, la référence : « 1600-0 O, » est supprimée.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Les sommes prélevées en application du premier alinéa du présent XVII par les agents comptables du budget annexe « Contrôle et exploitation aériens » mentionnés au V de l'article 302 bis K sont affectées au budget annexe précité.

Livre des procédures fiscales

Art. L. 166 D. – L'administration chargée du recouvrement de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts transmet à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de ces taxes, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret : le nom de l'établissement, l'identifiant SIRET, l'adresse de l'établissement principal ou du siège du redevable et le montant acquitté pour chacune des taxes précitées.

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

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.

Texte du projet de loi

II. – Le premier alinéa de l'article L. 166 D du livre des procédures fiscales est supprimé.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Code de la sécurité sociale

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, consentis, 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 reductible, le cas échéant, chaque année.

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

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs

Texte du projet de loi

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 138-9-1 est remplacé par l'alinéa suivant :

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

salariés. Le recours 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.

Art. L. 138-20. – Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Texte du projet de loi

« La déclaration prévue par le présent article doit être effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, le comité peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires hors taxe des ventes réalisées en France. Les dispositions des troisième et quatrième alinéas ci-dessus sont applicables à cette pénalité » ;

2° L'article L. 138-20 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 245-5-1 », il est inséré la référence : « , L. 245-5-5-1 » ;

b) Après le premier alinéa, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« Les déclarations et versements afférents à ces contributions sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.

« La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au précédent alinéa entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des contributions dont la déclaration ou le versement a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.

Art. L. 165-5. – Les fabricants ou distributeurs sont tenus, sans préjudice des dispositions de l'article L. 5211-4 du code de la santé publique, de déclarer auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé l'ensemble des produits ou prestations qu'ils commercialisent et inscrivent, sous quelque forme que ce soit, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code, en précisant pour chaque produit ou prestation le code correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste. Ils sont tenus de la même obligation pour toute modification affectant le code d'un produit ou d'une prestation antérieurement déclaré.

Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du fabricant ou du distributeur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations considérés ; elle est reductible, le cas échéant, chaque année.

La pénalité mentionnée au deuxième alinéa est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article

Texte du projet de loi

recouvrement de ces contributions dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces contributions. » ;

3° L'article L. 165-5 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est précédé de la mention : « I » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours en pleine juridiction.

Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités et délais de la déclaration prévue au premier alinéa, ainsi que les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière sont déterminés par décret en Conseil d'État.

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

1° Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;

2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.

Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article.

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :

Texte du projet de loi

b) Le dernier alinéa est remplacé par l'alinéa suivant :

« II. – La déclaration prévue au I doit être effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, l'agence peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires mentionné au deuxième alinéa du I. Les dispositions du troisième alinéa du I sont applicables à cette pénalité. » ;

4° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ;</p> <p>.....</p>	<p>a) Au 6°, après la référence : « L. 245-5-1 », il est inséré la référence : « L. 245-5-5-1 » ;</p>	
<p>6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ;</p>	<p>b) Au 7°, les mots : « Les taxes perçues au titre des articles L. 1600-0 O et L. 1600-0 R » sont remplacés par les mots : « La taxe perçue au titre de l'article L. 1600-0 R » ;</p>	
<p>7° Les taxes perçues au titre des articles 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 de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ;</p>	<p>5° Dans l'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre IV du livre II, le mot : « contribution » est remplacé par le mot : « contributions » ;</p>	
<p>8° Une fraction du produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts.</p>	<p>6° Avant l'article L. 245-5-6, il est inséré un article L. 245-5-5-1 ainsi rédigé :</p>	
<p>Livre II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses. (Articles L. 200-1 à L. 200-3) Titre IV Ressources Chapitre V Ressources autres que les cotisations Section 2 Contribution à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1</p>	<p>« Art. L. 245-5-5-1 – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A du code général des impôts qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une contribution perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> <p>« II. – La contribution s'applique aux dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et aux dispositifs médicaux de diagnostic <i>in vitro</i> définis à l'article L. 5221-1 du même code.</p>	

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« III. – L'assiette de la contribution est constituée du montant total des ventes réalisées en France, au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due, de dispositifs mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée.

« IV. – Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,29 %.

« V. – La contribution n'est pas exigible lorsque le montant total des ventes mentionnées au III du présent article n'a pas atteint, au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due, un montant hors taxes de 500 000 euros.

« VI. – La première vente en France au sens du I du présent article s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de dispositifs mentionnés au II.

« Le fait générateur de la contribution intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II. La contribution est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.

« VII. – La contribution mentionnée au I du présent article est versée selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article L. 245-5-5 du présent code.

« VIII. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale transmet à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de la contribution mentionnée au I du présent article, dans des conditions et suivants des modalités déterminées par décret.

« 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. »

IV. – Au premier alinéa de l'article L. 5121-18 du code de la santé publique, les mots : « taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « contribution prévue à l'article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

V. – A. – Les 1^o, 2^o et 3^o du III du présent article s'appliquent aux déclarations et versements effectués à compter du 1^{er} janvier 2015.

B. – La taxe mentionnée à l'article 1600-0 O du code général des impôts dans sa rédaction en vigueur antérieurement à la présente loi demeure exigible au titre des ventes des dispositifs mentionnés au II du même article réalisées jusqu'au 31 décembre 2014.

La contribution prévue à l'article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale créé par le présent article est applicable aux ventes des dispositifs mentionnés au II du même article réalisées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 12

Article 12

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

(Sans modification)

1^o La section 1 du chapitre 1^{er} du titre VII du livre 1^{er} est complétée par deux articles ainsi rédigés :

« Art. L. 171-4. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français peuvent conclure des conventions entre elles afin de confier à une ou plusieurs caisses de sécurité sociale l'exercice des recours subrogatoires prévus par les articles L. 376-1 et L. 454-1 du présent code et l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime.

Livre 1^{er}
Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
Titre VII
Coordination entre les régimes – Prise en charge de certaines dépenses par les régimes
Chapitre 1^{er}
Dispositions générales – Dispositions communes à l'assurance vieillesse et à l'assurance invalidité
Section 1
Dispositions générales

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 376-1. – Lorsque, sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, la lésion dont l'assuré social ou son ayant droit est atteint est imputable à un tiers, l'assuré ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

Les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions ci-après.

Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel.

Conformément à l'article 1252 du code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée.

Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation

« Art. L. 171-5. – Pour l'exercice de l'action amiable visée au sixième alinéa de l'article L. 376-1 et au quatrième alinéa de l'article L. 454-1 du présent code, une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, et, le cas échéant, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en œuvre de cette procédure. » ;

Texte en vigueur

indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice.

Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en œuvre de cette procédure.

La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret.

L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer, en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident ainsi que les caisses de sécurité sociale auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques. Ils doivent appeler ces caisses en déclaration de jugement commun ou réciproquement. A défaut du respect de l'une de ces obligations, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans, à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y auront intérêt.

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de

Texte du projet de loi

2° La deuxième phrase du sixième alinéa de l'article L. 376-1 et la deuxième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 454-1 du présent code sont supprimées ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. À compter du 1^{er} janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.

Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions, prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime.

Art. L. 454-1. – Si la lésion dont est atteint l'assuré social est imputable à une personne autre que l'employeur ou ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident, dans les conditions ci-après ; ce recours est également ouvert à l'État et aux institutions privées, lorsque la victime est pupille de l'éducation surveillée, dans les conditions définies par décret.

Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en œuvre de cette procédure.

La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret.

Si la responsabilité du tiers est partagée avec l'employeur, la caisse ne peut poursuivre un remboursement que dans la mesure où les indemnités dues par elle en vertu du présent livre dépassent celles qui auraient été mises à la charge de l'employeur en vertu du droit commun.

Dans le cas où les rentes prévues au 4° de l'article L. 431-1 sont inférieures à la réparation de même nature due à la victime ou à ses ayants droit par application des dispositions du présent article, les rentes supplémentaires peuvent être allouées sous forme de capital. Celles qui ne seraient pas allouées en capital doivent, dans les deux mois de la décision définitive ou de l'accord des parties, être constituées par le débiteur à la caisse nationale de prévoyance suivant le tarif résultant du présent code.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit du fonds national des accidents du travail de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. À compter du 1^{er} janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.

Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime.

Art. L.613-21. – Les dispositions des articles L. 217-1, L. 332-1, L. 375-1 et L. 376-1 à L. 376-3 sont applicables aux assurés et organismes relevant du présent titre.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

3° À l'article L. 613-21, les mots : « à L. 376-3 » sont remplacés par les mots : « à L. 376-4 » ;

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Livre VI Régimes des travailleurs non salariés Titre IV Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales Chapitre III Affiliation - Prestations de base Section 4 Dispositions communes</p>	<p>4° À la section 4 du chapitre III du titre IV du livre VI, il est inséré un article L. 643-9 ainsi rédigé :</p>	<p>—</p>
<p>Livre VI Régimes des travailleurs non salariés Titre IV Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales Chapitre IV Régimes complémentaires vieillesse – Régimes invalidité-décès</p>	<p>« Art. L. 643-9. – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;</p> <p>5° Au chapitre IV du titre IV du livre VI, il est inséré un article L. 644-4 ainsi rédigé :</p>	
<p>Livre VI Régimes des travailleurs non salariés Titre IV Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales Chapitre V Avantages complémentaires ouverts aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés</p>	<p>« Art. L. 644-4. – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;</p> <p>6° Au chapitre V du titre IV du livre VI, il est inséré un article L. 645-5-1 ainsi rédigé :</p>	
	<p>« Art. L. 645-5-1. – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Livre VII Régimes divers – Dispositions diverses Titre II Régimes divers de non-salariés et assimilés Chapitre III Régime des avocats (assurance vieillesse et invalidité-décès) Section 3 Prestations Sous-section 7 Dispositions communes</p>	<p>7° La sous-section 7 de la section 3 du chapitre III du titre II du livre III est complétée par un article L. 723-13-1 ainsi rédigé :</p>	<p>—</p>
<p>Livre VII Régimes divers – Dispositions diverses Titre II Régimes divers de non-salariés et assimilés Chapitre III Régime des avocats (assurance vieillesse et invalidité-décès) Section 4 Régime complémentaire d'assurance vieillesse et survivants</p>	<p>« Art. L. 723-13-1. – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application de la présente section. » ;</p> <p>8° La section 4 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-21-1 ainsi rédigé :</p>	
<p>Code rural et de la pêche maritime</p>	<p>II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	
<p>Livre VII Dispositions sociales Titre III Protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles</p>	<p>1° Le titre III du livre VII est complété par un chapitre III ainsi rédigé :</p> <p>« Chapitre III « Recours des caisses contre les tiers payeurs</p> <p>« Art. L. 733-1. – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations servies en application du chapitre II du présent titre.</p> <p>« Pour l'application de ces dispositions, les caisses de mutualité sociale agricole sont substituées aux caisses d'assurance maladie. » ;</p>	

Texte en vigueur

Art. L. 761-16. – Les salariés des professions agricoles et forestières mentionnées au livre III (deuxième partie) du code local des assurances sociales bénéficient des dispositions des articles suivants du code de la sécurité sociale : L. 411-2, L. 433-2, L. 434-1 et L. 434-2 à L. 434-10, L. 434-13 à L. 434-16, L. 452-1 à L. 452-4, L. 454-1, L. 455-1, L. 455-1-1, L. 455-2 et L. 455-3.

Ils bénéficient également, dans des conditions fixées par décret, des dispositions des articles L. 461-1 à L. 461-8 du même code.

Art. L. 761-19. – Les personnes non salariées des professions agricoles et forestières mentionnées au livre III, 2e partie, du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 sont soumises au régime d'assurance-accidents du code local précité, sous réserve de la présente sous-section. Elles bénéficient également, dans des conditions fixées par décret, des dispositions de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale.

Art. L. 762-14. – Les dispositions des articles L. 145-1 à L. 145-8, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-28, L. 162-32, L. 162-35, L. 244-9, L. 244-12 à L. 244-14, L. 281-2, L. 322-2, L. 376-1 à L. 376-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime institué par la présente section.

Les dispositions de l'article L. 355-2 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux pensions d'invalidité servies en application de la présente section.

Art. L. 762-26. – Les dispositions des articles L. 722-16, L. 722-17, L. 731-42 et celles de la section 3 du chapitre II du titre III du présent livre relatives à l'assurance vieillesse des personnes non salariées sont applicables aux exploitations agricoles des départements d'outre-mer dans les conditions et sous les réserves énoncées à la présente section.

Texte du projet de loi

2° Au premier alinéa de l'article L. 761-16, après la référence : « L. 454-1, » est ajoutée la référence : « L. 454-2, » ;

3° La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 761-19 est complétée par les mots : « ainsi que des articles L. 454-1 et L. 454-2 du même code. » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 762-14, les mots : « à L. 376-3 » sont remplacés par les mots : « à L. 376-4 » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 762-26, après les mots : « chapitre II », sont ajoutés les mots « et du chapitre III ».

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Les caisses mentionnées au 2° de l'article L. 762-2 sont chargées de servir la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 et l'allocation vieillesse due en application des dispositions législatives et réglementaires antérieures au 1^{er} janvier 1990.

Code général des impôts

Art. 995. – Sont exonérés de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances :

1° Les réassurances, sous réserve de ce qui est dit à l'article 1000 ;

.....

10° Les contrats souscrits par le Centre national de transfusion sanguine pour le compte des centres de transfusion sanguine auprès du groupement d'assureurs des risques de transfusion sanguine pour satisfaire aux conditions de l'assurance obligatoire des dommages causés aux donneurs et aux receveurs de sang humain et de produits sanguins d'origine humaine ;

11° Les assurances contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes ;

12° Les contrats d'assurance couvrant les risques de toute nature afférents aux récoltes, cultures, cheptel vif, cheptel mort, bâtiments affectés aux exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci.

Texte du projet de loi

II. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2015.

CHAPITRE II
**SIMPLIFICATION DU RECOU-
VREMENT**

Article 13

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

1° L'article 995 est ainsi modifié :

a) Le 11° est complété par les mots :
« , à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur prévue par l'article L. 211-1 du code des assurances » ;

Propositions de la Commission

CHAPITRE II
**SIMPLIFICATION DU RECOU-
VREMENT**

Article 13

Texte en vigueur

Cette exonération s'applique, dans les mêmes conditions, aux camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires ;

13° Les contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4, L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes, lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation, si ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

14° Les contrats d'assurance dépendance ;

15° et 16° Abrogés ;

17° Les cotisations versées par les exploitants de remontées mécaniques dans le cadre du système mutualiste d'assurance contre les aléas climatiques.

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

1° Pour les assurances contre l'incendie :

À 7 % pour les assurances contre l'incendie relatives à des risques agricoles non exonérés ; sont, d'une manière générale, considérées comme présentant le caractère d'assurance de risques agricoles, les assurances de tous les risques des personnes physiques ou

Texte du projet de loi

b) Le dernier alinéa du 12° est complété par les mots : « , à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur prévue par le même article L. 211-1 » ;

c) Le 13° est abrogé ;

d) Il est complété par un 18° ainsi rédigé :

« 18° Les contrats d'assurance maladie assujettis à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article 1001 est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

morales exerçant exclusivement ou principalement une profession agricole ou connexe à l'agriculture telles que ces professions sont définies par les articles L. 722-9 et L.722-28 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que les assurances des risques des membres de leurs familles vivant avec eux sur l'exploitation et de leur personnel et les assurances des risques, par leur nature, spécifiquement agricoles ou connexes ;

À 24 % pour les assurances contre l'incendie souscrites auprès des caisses départementales ;

À 30 % pour toutes les autres assurances contre l'incendie ;

Toutefois les taux de la taxe sont réduits à 7 % pour les assurances contre l'incendie des biens affectés de façon permanente et exclusive à une activité industrielle, commerciale, artisanale ou agricole, ainsi que des bâtiments administratifs des collectivités locales ;

2° Pour les assurances garantissant les pertes d'exploitation consécutives à l'incendie dans le cadre d'une activité industrielle, commerciale, artisanale ou agricole :

À 7 % ;

2° bis À 7 % pour les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que pour les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1 ;

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

a) Les 2° bis et 2° ter sont abrogés ;

Texte en vigueur

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 ;

3° À 19 % pour les assurances contre les risques de toute nature de navigation maritime ou fluviale des bateaux de sport ou de plaisance ;

4° (Abrogé) ;

5° (Abrogé) ;

5° bis À 18 % pour les assurances contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur ;

6° Pour toutes autres assurances :

À 9 %.

Les risques d'incendie couverts par des assurances ayant pour objet des risques de transport sont compris dans les risques désignés sous le 3° ou sous le 5° *bis*.

Texte du projet de loi

b) Le 5° bis est complété par les mots :
« autres que les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue par l'article L. 211-1 du code des assurances » ;

c) Après le 5° bis, il est inséré un 5° ter ainsi rédigé :

« 5° ter À 15 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue par le même article L. 211-1 et concernant les véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes ainsi que les camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires des exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci ;

« À 33 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée par le même article L. 211-1 pour les véhicules autres que ceux mentionnés au précédent alinéa ; »

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

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

Code de la sécurité sociale

Art. L. 131-8. – Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :

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

– à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,5 % ;

– à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 27,5 % ;

– au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 19 % ;

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 ;

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

Texte du projet de loi

d) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le produit de la taxe est affecté aux départements, à l'exception de la fraction correspondant à un taux de 13,3 % du produit de la taxe au taux de 33 % et du produit de la taxe au taux de 15 % mentionnés au 5° *ter* qui sont affectés dans les conditions prévues par l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. ».

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

A. – Le 4° de l'article L. 131-8 est ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

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

.....

Livre I^{er}
Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
Titre III
Dispositions communes relatives au financement
Chapitre VII
Recettes diverses
Section 3
Contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur.

Art. L. 137-6. – Une contribution est due par toute personne physique ou morale qui est soumise à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances.

Le taux de la contribution est fixé à 15 % du montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation afférentes à l'assurance obligatoire susmentionnée.

Art. L. 137-7. – La contribution est perçue par les entreprises d'assurance, dans les mêmes conditions et en même temps que ces primes.

Les entreprises d'assurance versent le produit de la contribution au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque bimestre. Ce produit correspond au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises au cours de chaque bimestre, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction du prélèvement destiné à compenser les frais de gestion dont le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.

Texte du projet de loi

« 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au dernier alinéa de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ; ».

B. – La section 3 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} est abrogée.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

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

Art. L. 137-9. – Un décret en Conseil d'État fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente section.

Art. L. 138-20. – Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.

Art. L. 862-3. – Les recettes du fonds institué à l'article L. 862-1 sont constituées du produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 et d'une fraction, fixée à l'article L. 131-8, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts.

Art. L. 862-4. – I. – Il est perçu, au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de

Texte du projet de loi

C. – À l'article L. 138-20, la référence : « L. 137-6, » est supprimée.

D. – À l'article L. 862-3, après le mot : « constitués », sont insérés les mots : « d'une fraction ».

E. – L'article L. 862-4 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, » sont supprimés et les mots : « afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de » sont remplacés par les mots :

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.

La taxe est assise sur la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée au profit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.

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

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

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

Texte du projet de loi

« maladie complémentaire versées pour les » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée » sont remplacés par les mots : « le montant des sommes stipulées » et il est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient directement ou indirectement du fait de l'assuré. » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Le taux : « 6,27 % » est remplacé par le taux : « 13,27 % » ;

b) Il est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative sous réserve que l'organisme ne recueille pas au titre de ce contrat d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

bénéficiaire de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues par l'article L. 871-1.

« Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire sous réserve que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues par l'article L. 871-1.

« Lorsque l'ensemble de ces conditions n'est pas respecté, le taux est majoré de 7 points. » ;

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

« II bis. – Par dérogation au II, le taux de la taxe est fixé à :

« 1° 6,27 % pour les contrats d'assurance maladie complémentaire afférents aux garanties de protection en matière de frais de santé souscrits dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts ;

« 2° 6,27 % pour les contrats d'assurance maladie complémentaire afférents aux garanties de protection en matière de frais de santé couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4 et L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent les conditions prévues par l'article L. 871-1 du présent code, et 20,27 % si ces conditions ne sont pas respectées ;

« 3° 7 % pour les contrats d'assurance maladie afférents aux garanties de protection en matière de frais de santé pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;

« 4° 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités journalières selon les modalités prévues par le 5° de l'article

« 4° ...

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

L. 321-1, à l'exception de celles figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II bis, sous réserve que l'organisme ne recueille pas au titre de ce contrat d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et 14 % si ces conditions ne sont pas respectées. » ;

... sous réserve que, *dans le cadre de contrats relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative*, l'organisme ne recueille pas au titre de ce contrat d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et, *dans le cadre de contrats relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire, à la seule condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré* ;

« 5° 14 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités journalières selon les modalités prévues par le 5° de l'article L. 321-1, à l'exception de celles figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II bis, si les conditions prévues au 4° ne sont pas respectées. » ;

Amendement AS254

III. – Les modalités de versement ou d'imputation des remboursements prévus aux a et b de l'article L. 862-2 sont précisées par décret.

4° Il est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II bis, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du II bis est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté par parts égales à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la Caisse nationale des allocations familiales. »

III. – Le présent article s'applique aux primes, cotisations ou fractions de primes ou cotisations pour lesquelles un fait générateur d'imposition intervient à compter du 1^{er} janvier 2016.

Toutefois, les primes ou cotisations d'assurance relatives aux véhicules terrestres à moteur dont le fait générateur d'imposition est

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

intervenu antérieurement au 1^{er} janvier 2016, en vertu de l'article L. 137-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur avant la présente loi, ne sont taxées à la taxe sur les conventions d'assurance qu'au taux prévu au 5^o bis et à hauteur de 18/33^{ème} du taux prévu au dernier alinéa du 5^o ter de l'article 1001 du code général des impôts dans sa rédaction résultant de la présente loi. Les primes ou cotisations d'assurance maladie complémentaire dont le fait générateur d'imposition est intervenu antérieurement au 1^{er} janvier 2016, en vertu de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur avant la présente loi, sont taxées aux taux prévus par la présente loi lorsqu'elles n'ont pas été soumises à la taxe sur les conventions d'assurance applicable antérieurement au 1^{er} janvier 2016.

Article 14

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

Article 14

(Sans modification)

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

Texte en vigueur

et L. 634-2 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations.

Pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, la contribution portant sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-6-4, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.

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

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

La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles ainsi que la contribution due sur les revenus des personnes redevables de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime sont directement recouvrées et

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables, respectivement, au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et invalidité dues au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles et au recouvrement de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime.

II bis. – La contribution due sur les revenus de source étrangère, sous réserve s'agissant des revenus d'activité qu'elle n'ait pas fait l'objet d'un précompte par l'employeur, et la contribution portant sur les avantages mentionnés au 6° du II de l'article L. 136-2 sont établies, recouvrées et contrôlées dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6.

III. – La contribution due sur les pensions d'invalidité et sur les indemnités journalières ou allocations visées au 7° du II de l'article L. 136-2 est précomptée par l'organisme débiteur de ces prestations et versée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 et L. 612-9 du présent code et à l'article 1031 du code rural. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées à l'article L. 612-4 et servies par les régimes de base et les régimes complémentaires est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations ; elle est versée à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 612-9. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées au II de l'article 1106-6-1 du code rural est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations. La contribution sociale généralisée due sur les indemnités de congés payés et sur les avantages conventionnels y afférents, servis par les caisses de congés payés en application des dispositions de l'article L. 223-16 du code du travail, est précomptée par les caisses de congés payés, responsables du versement de

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

1° La dernière phrase du III de l'article L. 136-5 est supprimée ;

Texte en vigueur

l'ensemble des charges assises sur ces indemnités et avantages sous réserve d'exceptions prévues par arrêté.

.....

Art. L. 243-1-3. – Au titre des périodes de congés de leurs salariés, les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail acquittent de manière libératoire, auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code, des majorations des cotisations et contributions mentionnées aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ainsi qu'à l'article L. 834-1 du présent code dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés, proportionnelles à ces cotisations et contributions. Le taux de ces majorations est fixé par décret.

Texte du projet de loi

2° L'article L. 243-1-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 243-1-3. – Au titre des périodes de congés de leurs salariés, les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail s'acquittent des cotisations et contributions auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 dans les conditions suivantes :

« 1° Pour les cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 834-1 ainsi qu'aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales, par le versement libératoire de majorations proportionnelles aux cotisations et contributions correspondantes dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés. Le taux de ces majorations est fixé par décret ;

« 2° Pour les cotisations de sécurité sociale et les contributions mentionnées à l'article L. 136-2, à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relatif au remboursement de la dette sociale et au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, par un versement assis sur les montants dus aux caisses mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail pour la couverture des périodes de congés de leurs salariés. Le cas échéant, les versements des cotisations et contributions à la charge des salariés font l'objet d'un ajustement dans les conditions fixées par décret sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés. »

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

II. – A. – Sous réserve du B, les dispositions de l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux périodes d'acquisition de droits à congés postérieures au 1^{er} avril 2015 pour les cotisations et contributions mentionnées au 2^o de cet article et à compter du 1^{er} avril 2016 pour les cotisations et contributions mentionnées au 1^o du même article.

B. – De manière transitoire, jusqu'à une date fixée par décret pour chaque secteur concerné et au plus tard le 1^{er} avril 2018, le versement mentionné au 2^o de l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du présent article, est effectué par les caisses mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail, avant la fin du mois au cours duquel les cotisations leur sont versées. Ce versement est égal au produit d'un taux fixé par décret en fonction des taux de cotisations et contributions en vigueur et du montant d'assiette sur lequel les cotisations versées aux caisses de congés payés sont calculées. Le cas échéant, ce versement fait l'objet d'un ajustement dans les conditions fixées par décret sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés.

C. – Un décret fixe les conditions permettant aux entreprises des secteurs qui le souhaitent de bénéficier du dispositif prévu au 2^o de l'article L. 243-1-3 dans sa rédaction issue du présent article avant la date fixée au B.

Article 15

Article 15

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

1^o Dans la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II, il est rétabli un article L. 243-13 ainsi rédigé :

« Art. L. 243-13. – I. – Les contrôles prévus à l'article L. 243-7 visant les entreprises occupant moins de dix salariés ou

Livre II
Organisation du régime général, action
de prévention, action sanitaire et sociale
des caisses
Titre IV
Ressources
Chapitre III
Recouvrement – Sûretés –
Prescription – Contrôle
Section 4
Contrôle

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 243-7. – Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'État autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa et, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-6-5, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes. Les</p>	<p>les travailleurs indépendants ne peuvent s'étendre sur une période supérieure à trois mois comprise entre le début effectif du contrôle et la lettre d'observations.</p> <p>« Cette période peut être prorogée une fois à la demande expresse de l'employeur contrôlé ou de l'organisme de recouvrement.</p> <p>« La limitation du temps de contrôle prévue au premier alinéa n'est pas applicable lorsqu'est établi au cours de cette période :</p> <p>« 1° Une situation de travail dissimulé tel que défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;</p> <p>« 2° Une situation d'obstacle à contrôle mentionnée à l'article L. 243-12-1 ;</p> <p>« 3° Une situation d'abus de droit tel que défini à l'article L. 243-7-2 ;</p> <p>« 4° Un constat de comptabilité insuffisante ou documentation inexploitable.</p> <p>« II. – Les dispositions du présent article ne sont pas applicables :</p> <p>« 1° Lorsque la personne contrôlée verse, <u>directement ou par l'entremise d'un tiers</u>, des rémunérations à des salariés dont le nombre est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I ;</p> <p>« 2° Lorsque l'entité appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code du commerce et que l'effectif de l'ensemble de ces entités est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I. » ;</p> <p>2° À l'article L. 243-7, après la première phrase, il est inséré la phrase suivante :</p> <p>« Le contrôle peut également être</p>	<p>« 1° Lorsque la personne contrôlée verse des rémunérations ...</p> <p>... du I ;</p> <p>Amendement AS255</p>

Texte en vigueur

agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail et des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre Ier du livre VII du présent code. Le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.

Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, des conventions conclues entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre I^{er} du titre II du livre IX du présent code, les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail, l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes prévus au titre I^{er} du livre VII du présent code qui en font la demande fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.

Texte du projet de loi

diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement une rémunération au sens de l'article L. 242-1. » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

—

La Cour des comptes est compétente pour contrôler l'application des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales aux membres du Gouvernement, à leurs collaborateurs. Pour l'exercice de cette mission, la Cour des comptes requiert, en tant que de besoin, l'assistance des organismes mentionnés au premier alinéa, et notamment la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement. Le résultat de ces vérifications est transmis à ces mêmes organismes aux fins de recouvrement. Par dérogation aux dispositions du présent alinéa, le contrôle de l'application par la Cour des comptes des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales est assuré par l'organisme de recouvrement dont elle relève.

Livre II
Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses
Titre IV
Ressources
Chapitre III
Recouvrement – Sûretés –
Prescription – Contrôle
Section 3 bis
Droits des cotisants

Texte du projet de loi

—

3° La section 3 bis du chapitre III du titre IV du livre II est complétée par un article L. 243-6-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 243-6-5. – I. – Lorsque les sommes dues n'ont pas un caractère définitif, le directeur des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-2 peut conclure avec un cotisant une transaction, sauf en cas de travail dissimulé, ou lorsque le cotisant a mis en œuvre des manœuvres dilatoires visant à nuire au bon déroulement du contrôle.

« II. – Cette transaction ne peut porter, pour une période limitée à trois ans, que sur :

« 1° Le montant des majorations de retard et les pénalités notamment appliquées en cas de production tardive ou inexactitude des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales ;

« 2° L'évaluation d'éléments d'assiette des cotisations ou contributions dues relative aux avantages en nature, aux avantages en argent et aux frais professionnels, lorsque la détermination de ces éléments présente une difficulté particulière ;

Propositions de la Commission

—

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 3° Les montants de redressements calculés en application des méthodes de vérification par échantillonnage et extrapolation. »

« III. – La possibilité de conclure une transaction sur un ou plusieurs chefs de redressements faisant suite à un contrôle prévu à l'article L. 243-7 et faisant l'objet d'un recours devant la commission de recours amiable de l'organisme de recouvrement est suspendue à compter de la date de ce recours et jusqu'à la date de la décision de cette commission. Cette possibilité n'est rétablie à l'issue de cette période que lorsque le tribunal des affaires de la sécurité sociale a été saisi.

« Lorsqu'une transaction est devenue définitive après accomplissement des obligations qu'elle prévoit et approbation de l'autorité prévue à l'article L. 151-1, aucune procédure contentieuse ne peut plus être engagée ou reprise pour remettre en cause ce qui a fait l'objet de la transaction.

« IV. – Toute convention portant sur les éléments mentionnés aux 1° à 3° doit, à peine de nullité, respecter les conditions et la procédure fixée par le présent article et les textes pris pour son application ».

« V. – La transaction conclue par la personne mentionnée au premier alinéa engage l'organisme de recouvrement. L'article L. 243-6-4 est applicable aux transactions. » ;

4° L'article L. 652-3 est ainsi modifié :

Art. L. 652-3. – Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, les caisses du régime social des indépendants et les organismes conventionnés pour l'assurance maladie et maternité ainsi que les caisses d'assurance vieillesse des professions libérales, habilités à décerner la contrainte définie à l'article L. 244-9 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations, des contributions et des majorations et pénalités de retard.

Texte en vigueur

L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations et majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article 43 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 précitée à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.

L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.

Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.

Texte du projet de loi

a) Au deuxième alinéa, les mots : « cotisations et majorations » sont remplacés par les mots : « cotisations, contributions et majorations » ;

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

« Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. À peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans le délai d'un mois à partir de la notification de l'opposition. En cas de contestation, le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine. Toutefois le paiement n'est pas différé, sauf si le juge en décide autrement :

« 1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un redressement pour travail dissimulé tel que défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

« 2° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'obstacle à contrôle mentionnée à l'article L. 243-12-1 ;

« 3° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif. » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.</p>	<p>c) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :</p>	<p>« Les dispositions du présent article sont applicables au recouvrement des indus de prestations sociales dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »</p>
<p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	
<p>Code rural et de la pêche maritime</p>	<p>1° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre IV du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est complétée par un article ainsi rédigé :</p>	
<p>Livre VII Dispositions sociales Titre II</p>		
<p>Organisation générale des régimes de protection sociale des professions agricoles Chapitre IV Contrôles Section 1</p>		
<p>Contrôle par l'administration et les agents habilités Sous-section 2</p>		
<p>Contrôle par les agents des caisses de mutualité sociale agricole et les autres agents habilités</p>	<p>« Art. L. 724-7-1. – Les dispositions de l'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole. » ;</p>	
<p>Art. L. 724-7. – Le contrôle de l'application des dispositions relatives aux différentes branches des régimes de protection sociale des non-salariés et salariés agricoles, mentionnées aux articles L. 722-8 et L. 722-27 ainsi que de celles des articles L. 732-56 et suivants est confié aux caisses de mutualité sociale agricole. Pour l'exercice de ce contrôle, une caisse de mutualité sociale agricole peut déléguer à une autre caisse de mutualité sociale agricole ses compétences dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>2° L'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime est complété par la phrase suivante :</p>	

Texte en vigueur

Les agents chargés du contrôle sont agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Ils sont assermentés dans les conditions prévues à l'article L. 243-9 du code de la sécurité sociale.

Ces agents ont qualité pour dresser, en cas d'infraction auxdites dispositions, des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les caisses de mutualité sociale agricole les transmettent au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Livre VII

Dispositions sociales

Titre II

Organisation générale des régimes de protection sociale des professions agricoles

Chapitre V

Recouvrement des cotisations et créances

Section 3

Droits des cotisants

Art. L. 725-12. – Lorsqu'elles sont munies d'un titre exécutoire, au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, à l'encontre des employeurs de main-d'œuvre agricole ou des personnes physiques non-salariées agricoles, les caisses de mutualité sociale agricole habilitées à décerner la contrainte définie au 1° de l'article L. 725-3 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations et majorations et pénalités de retard au titre des régimes de protection

Texte du projet de loi

« La deuxième phrase de l'alinéa premier de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;

3° La section 3 du chapitre IV du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est complétée par un article L. 725-26 ainsi rédigé :

« Art. L. 725-26. – Les dispositions de l'article L. 243-6-5 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole » ;

4° L'article L. 725-12 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« Art. L. 725-12. – Les dispositions de l'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole. »

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

sociale agricole bénéficiant du privilège ou ayant donné lieu à une inscription de privilège, en application de l'article L. 725-9.

L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'organisme. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations, majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, mêmes conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article L. 211-2 du code des procédures civile d'exécution à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.

L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.

Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.

Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévue par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.

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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

III. – A. – Les dispositions du I ainsi que du 1^o et 2^o du II du présent article s'appliquent aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2015.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

B. – Les dispositions du 3° du I et du 3° du II du présent article s'appliquent aux transactions conclues à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'État et au plus tard le 1^{er} octobre 2015.

C. – Les dispositions du 4° du I et du 4° du II du présent article s'appliquent aux titres exécutoires émis à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 16

Article 16

Code de la sécurité sociale

I. – L'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

(Sans modification)

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

1° Le premier alinéa est précédé de la référence : « I » ;

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

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

« Lorsque l'obligation de remboursement des cotisations naît d'une décision rectificative d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail en matière de taux de cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles, la demande de remboursement des cotisations peut porter sur l'ensemble de la période au titre de laquelle les taux sont rectifiés. » ;

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

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Toutefois, lorsque la demande de remboursement des cotisations indûment versées n'a pas été formulée dans le délai de trois ans prévu au premier alinéa ci-dessus, le bénéfice des prestations servies ainsi que les droits à l'assurance vieillesse restent acquis à l'assuré, sauf cas de fraude ou de fausse déclaration.</p>	<p>3° Le troisième alinéa, devenu le quatrième, est précédé de la référence : « II » ;</p>	
<p>Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 effectuent le remboursement des cotisations indues dans un délai de quatre mois à compter de la demande mentionnée au premier alinéa.</p>	<p>4° Le dernier alinéa est précédé de la référence : « III ».</p>	
	<p>II. – Les dispositions du I s'appliquent aux recours formés devant la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail à compter du 1^{er} janvier 2015.</p>	
	<p>Article 17</p>	<p>Article 17</p>
<p>Code rural et de la pêche maritime</p>	<p>I. – Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Art. L. 723-35. – Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de la caisse. Il rend compte de sa gestion à l'assemblée générale.</p>	<p>1° L'article L. 723-35 est ainsi modifié :</p>	
	<p>a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>	
	<p>« Il statue sur les demandes de remise des pénalités et majorations de retard portant sur des montants supérieurs à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture. » ;</p>	
<p>Les comités prévus aux articles L. 723-31 et L. 723-33 sont respectivement consultés pour avis sur les questions intéressant la protection sociale des exploitants agricoles ou celle des salariés agricoles. Ils peuvent proposer la recherche de toutes conventions qui leur paraissent opportunes entre la caisse de mutualité sociale agricole et d'autres organismes de sécurité sociale.</p>		

Texte en vigueur

Toutefois, ne peuvent être prises qu'après avis conforme du comité de la protection sociale des salariés les délibérations du conseil d'administration de la caisse portant sur :

1° Les dépenses relatives à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

2° Les dépenses relatives aux services de santé au travail et la nomination ou le licenciement des médecins du travail lorsque la caisse a constitué une section de santé au travail ;

3° La remise des pénalités et des majorations de retard des cotisations sociales des employeurs ;

4° La réunion de plusieurs cantons afin de former des circonscriptions groupant au moins cinquante électeurs du deuxième collège en application du deuxième alinéa de l'article L. 723-18 ;

5° La conclusion de conventions de gestion aux fins d'assurer, pour le compte de tiers, des services se rattachant à la protection sociale des salariés.

De même, ne peuvent être prises qu'après avis conforme du comité de la protection sociale des non-salariés les délibérations du conseil d'administration de la caisse portant sur :

a) Les dépenses relatives à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

b) La remise des pénalités et des majorations de retard des cotisations sociales des non-salariés ;

c) La conclusion de conventions relatives à la gestion de la protection sociale des non-salariés ;

d) La réunion de plusieurs cantons afin de former des circonscriptions groupant au moins cinquante électeurs du premier collège ou groupant au moins dix électeurs du troisième collège en application de l'article L. 723-17.

Texte du projet de loi

b) Les sixième et onzième alinéas sont abrogés ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° Après l'article L. 731-13-1, il est inséré un article L. 731-13-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 731-13-2. – Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 sont tenues d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée.

« Les obligations prévues à l'alinéa précédent s'imposent au-delà d'un seuil fixé par décret en fonction du montant des revenus professionnels définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22.

« La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale. »

II. – Jusqu'à la publication de l'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 723-35 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction issue du présent article, les conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole demeurent compétents pour statuer sur l'ensemble des demandes de remise des pénalités et majorations de retard.

Article 18

Article 18

(Sans modification)

Loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives

Art. 35. – I. –

II. – II. – À compter du 1^{er} janvier 2016, l'article L. 133-5-3 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase du I, les mots : « peut adresser » sont remplacés par le mot : « adresse » ;

2° Les II et III sont ainsi rédigés :

« II. – La déclaration sociale nominative se substitue à l'ensemble des déclarations auxquelles sont tenus les employeurs auprès des organismes mentionnés aux articles L. 211-1,

I. – Au quatrième alinéa du II de l'article 35 de la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du

Texte en vigueur

L. 212-3, L. 213-1 et L. 752-4 du présent code, des caisses mentionnées à l'article L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime, de la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs, représentants et placiers de commerce à cartes multiples travaillant pour deux employeurs au moins ainsi que de l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail, qui sont nécessaires à l'exercice des droits des salariés aux indemnités journalières et aux prestations mentionnées à l'article L. 5421-2 du même code, à la déclaration et au versement des contributions et cotisations sociales, ainsi qu'à la déclaration mentionnée à l'article L. 1221-16 dudit code auprès du service public de l'emploi, à la déclaration annuelle des données sociales prévue aux articles 87 et 87 A du code général des impôts ainsi qu'à toute autre déclaration portant sur les mêmes données.

« Est nulle de plein droit toute demande par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent II de données ou d'informations déjà produites au titre de la déclaration sociale nominative, même si elle est présentée à un autre titre.

« III. – Les modalités d'application du présent article ainsi que le délai à l'issue duquel l'employeur ayant rempli la déclaration sociale nominative est réputé avoir accompli les déclarations ou formalités mentionnées au premier alinéa du II sont fixés par décret en Conseil d'État. ».

Code de la sécurité sociale

Art. L. 136-5. – I. – Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de reve-

Texte du projet de loi

droit et à l'allégement des démarches administrative, la référence : « L. 212-3, » est supprimée.

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

1° Le I de l'article L. 136-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

nus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations.

Pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, la contribution portant sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-6-4, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.

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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Pour les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins, la contribution portant sur les revenus mentionnés

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouverte par l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins selon les dispositions mentionnées à l'article L. 241-6-2. » ;

2° Après l'article L. 241-6-1, il est inséré un article L. 241-6-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 241-6-2. – Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues au titre des personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins, ainsi que le contrôle et le contentieux du recouvrement, est assuré par l'organisme gestionnaire de ce régime.

« Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette mission peut être en tout ou partie déléguée, par convention, à des organismes du régime général de la sécurité sociale. » ;

Art. L. 752-4. – Les caisses générales de sécurité sociale ont pour rôle :

1°) d'assurer pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles, la gestion des risques maladie, maternité, décès et invalidité, la gestion des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles ;

6°) D'exercer les fonctions dévolues en métropole aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général et de la mutualité sociale agricole à l'exception des compétences mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 212-3 du présent code qui sont exercées dans les départements d'outre-mer par la Caisse maritime d'allocations familiales.

3° Au 6° de l'article L. 752-4, les mots : « mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 212-3 du présent code qui sont exercées dans les départements d'outre-mer par la Caisse maritime d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « dévolues à l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins » ;

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Livre II</p> <p>Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses</p> <p style="text-align: center;">Titre I^{er}</p> <p>Organismes locaux et régionaux — Organismes à circonscription nationale</p> <p style="text-align: center;">Chapitre II</p> <p>Caisses d'allocations familiales</p> <p style="text-align: center;">Section 2</p> <p>Caisse maritime d'allocations familiales</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>4° La section 2 du chapitre II du titre I^{er} du livre II du code de la sécurité sociale est abrogée.</p>	<p style="text-align: center;">—</p>
<p>Art. 212-3. – I. – La Caisse maritime d'allocations familiales assure en faveur des personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer le service des prestations familiales.</p>		
<p>Elle assure également pour ces personnes :</p>		
<p>1° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par les employeurs et les travailleurs indépendants selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables à ce recouvrement par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale ;</p>		
<p>2° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée selon les dispositions des articles L. 136-1 et suivants ;</p>		
<p>3° Le recouvrement de la contribution pour le remboursement de la dette sociale instituée par l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ;</p>		
<p>4° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2° et 3°.</p>		
<p>Par dérogation aux dispositions de l'article L. 212-2, le conseil d'administration de la caisse maritime d'allocations familiales est composé de trente-cinq membres dont quinze représentants des armateurs et travailleurs indépendants, quinze représentants des salariés, quatre représentants des associations familiales et une personne qualifiée.</p>		

Texte en vigueur

Code du travail

Art. L. 5427-1. – Les parties signataires de l'accord prévu à l'article L. 5422-20 confient la gestion du régime d'assurance chômage à un organisme de droit privé de leur choix.

Le service de l'allocation d'assurance est assuré, pour le compte de cet organisme, par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1.

Le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 5422-9 et L. 5422-11 est assuré, pour le compte de cet organisme, par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale mentionnées aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale.

Par dérogation, le recouvrement de ces contributions est assuré pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage :

a) Par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du présent code, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés expatriés, des travailleurs frontaliers résidant en France et ne remplissant pas les conditions pour bénéficier des dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, notamment en matière d'assurance chômage, et des marins embarqués sur des navires battant pavillon d'un État étranger autre qu'un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique, ressortissants de ces États, inscrits à un quartier maritime français et admis au bénéfice de l'Établissement national des invalides de la marine ;

Texte du projet de loi

III. – Le code du travail est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

b) Par les organismes mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime, lorsqu'elles sont dues au titre de l'emploi de salariés mentionnés à l'article L. 722-20 du même code ;

c) Par la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs, représentants et placiers de commerce à cartes multiples travaillant pour deux employeurs au moins, pour l'encaissement des contributions dues au titre de l'emploi de ces salariés ;

d) Par la caisse de prévoyance sociale prévue par l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, lorsqu'elles sont dues au titre de l'emploi de salariés à Saint-Pierre-et-Miquelon ;

e) Par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du présent code, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés engagés à titre temporaire qui relèvent des professions de la production cinématographique, de l'audiovisuel ou du spectacle et lorsque l'activité exercée bénéficie de l'aménagement des conditions d'indemnisation mentionné à l'article L. 5424-20 ;

f) Par l'organisme mentionné à l'article L. 212-3 du code de la sécurité sociale, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés affiliés au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer.

Art. L. 6331-53. – Les travailleurs indépendants de la pêche maritime et les employeurs de pêche maritime de moins de dix salariés ainsi que les travailleurs indépendants et les employeurs de cultures marines de moins de dix salariés affiliés au régime social des marins et, le cas échéant, leurs conjoints, partenaires liés par un pacte civil de solidarité ou concubins, collaborateurs ou associés, consacrent chaque année, pour le financement de leurs propres actions de formation, telles que définies à

Texte du projet de loi

1° Le f de l'article L. 5427-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« f) Par l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins lorsqu'elles sont dues au titre des salariés affiliés au régime spécial de sécurité sociale des marins. » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

l'article L. 6313-1, une contribution qui ne peut être inférieure à 0,15 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale.

Cette contribution est directement recouvrée en une seule fois et contrôlée par la Caisse nationale d'allocations familiales des pêches maritimes, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au titre du régime de protection sociale maritime.

S'agissant des chefs d'entreprise de pêche maritime et des travailleurs indépendants du même secteur, la Caisse nationale d'allocations familiales des pêches maritimes reverse le montant annuel de la collecte de la contribution prévue au premier alinéa à l'organisme collecteur paritaire agréé à cet effet, dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'État.

S'agissant des chefs d'entreprise de cultures marines et des travailleurs indépendants du même secteur et, le cas échéant, de leurs conjoints collaborateurs ou associés, la caisse de mutualité sociale agricole reverse le montant de leur collecte à l'organisme collecteur paritaire agréé mentionné au troisième alinéa.

Texte du projet de loi

2° Au deuxième et au troisième alinéa de l'article L. 6331-53, les mots : « la Caisse nationale d'allocations familiales des pêches maritimes » sont remplacés par les mots : « l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins ».

IV. – La Caisse maritime d'allocations familiales est dissoute à la date du 1^{er} janvier 2016.

Les droits et obligations afférents au service des prestations familiales des personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des marins et assurés avant cette date par la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés aux caisses d'allocations familiales de leur lieu de résidence.

Les droits et obligations afférents au recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les travailleurs indépendants et assurés avant cette date par la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés à l'Établissement national des invalides de la marine.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Les contrats de travail des salariés de la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés à la caisse d'allocations familiales de Charente-Maritime et à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Poitou-Charentes.

Les modalités relatives à ces transferts sont définies par des conventions conclues, en fonction de leur objet, entre le directeur de la Caisse maritime d'allocations familiales et le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales ou celui de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Ces conventions déterminent également les modalités de transfert, à compter du 1^{er} janvier 2016, des biens meubles et immeubles de la Caisse maritime d'allocations familiales vers la caisse d'allocations familiales de Charente-Maritime et l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Poitou-Charentes.

V. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 613-4. – Les personnes exerçant simultanément plusieurs activités dont l'une relève de l'assurance obligatoire des travailleurs non salariés des professions non agricoles sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent ces activités.

Le droit aux prestations en nature leur est ouvert dans le régime de leur choix, selon des modalités définies par décret.

Lorsque l'activité salariée exercée simultanément avec l'activité principale non salariée non agricole répond aux conditions prévues à l'article L. 313-1 pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces maladie et maternité, les intéressés perçoivent lesdites prestations qui leur sont servies par le régime d'assurance maladie dont ils relèvent au titre de leur activité salariée.

Article 18 bis

Le dernier alinéa de l'article L. 613-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Un décret détermine les conditions dans lesquelles les prestations en nature leur sont servies. »

Amendement AS257

Texte en vigueur

Art. L. 225-1-4. – Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article LO 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut, à titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article LO 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.

Pour déterminer les conditions de chaque avance, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget.

Texte du projet de loi

CHAPITRE III

Relations financières entre les régimes et entre ceux-ci et l'État

Article 19

I. – L'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 225-1-4. – Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article LO. 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut :

« 1° Consentir, contre rémunération, des prêts et avances d'une durée inférieure à douze mois au régime d'assurance vieillesse des non salariés agricoles ;

« 2° À titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article LO. 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.

« Pour déterminer les conditions de chacune des avances mentionnées aux 1° et 2°, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »

Propositions de la Commission

CHAPITRE III

Relations financières entre les régimes et entre ceux-ci et l'État

Article 19

(Sans modification)

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code rural et de la pêche maritime</p> <p>Art. L. 731-5. – La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole peut recourir à des ressources non permanentes dans les limites prévues par la loi de financement de la sécurité sociale de l'année. La convention conclue entre la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les établissements financiers est approuvée par les ministres chargés de l'agriculture, de la sécurité sociale et du budget.</p>	<p>II. – L'article L. 731-5 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Le régime des exploitants agricoles peut recourir à des prêts et avances auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale. »</p> <p>III. – Pour les exercices 2015, 2016 et 2017, les montants empruntés par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en application de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale ne peuvent excéder 3,8 milliards d'euros.</p>	<p>Article 20</p> <p>(Sans modification)</p>
<p>Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 modifiée relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte</p> <p>Art. 8. – Une allocation de rentrée scolaire est attribuée pour chaque enfant inscrit dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé en exécution de l'obligation scolaire, et jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire, sous réserve de l'âge limite prévu à l'article 5.</p> <p>Cette allocation est attribuée sous réserve que les ressources de la personne seule ou du ménage n'excèdent pas un plafond variable selon le nombre d'enfants à charge. Ce plafond est fixé</p>	<p>Article 20</p> <p>I. – L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 modifiée relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :</p>	

Texte en vigueur

par décret et revalorisé par arrêté conformément à l'évolution du salaire minimum prévu à l'article L. 141-1 du code du travail applicable dans la collectivité départementale de Mayotte, issu de l'ordonnance du 25 février 1991 susvisée.

Le montant de cette allocation peut varier selon le cycle scolaire suivi par l'enfant. Les établissements scolaires sont autorisés à transmettre les listes d'enfants inscrits à la caisse gestionnaire.

Art. 15. – La caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte exerce une action sociale en faveur des ressortissants du régime et de leurs familles dans le cadre d'un programme défini par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'outre-mer, après avis de son conseil d'administration et de la Caisse nationale des allocations familiales..

Les objectifs de l'action sociale exercée par la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte en faveur des ressortissants du régime et de leur famille sont ceux définis par la convention d'objectifs et de gestion conclue avec la Caisse nationale des allocations familiales mentionnée à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale. La Caisse nationale des allocations familiales attribue à la caisse gestionnaire des prestations familiales de Mayotte une dotation annuelle prise sur le fonds d'action sanitaire et sociale mentionné au 2° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale

Art. 19. – I. – À titre temporaire, dans l'attente de la création d'une caisse d'allocations familiales de Mayotte, la gestion du régime des prestations familiales institué par la présente ordonnance

Texte du projet de loi

1° Au dernier alinéa de l'article 8, les mots : « à la caisse gestionnaire » sont remplacés par les mots : « à l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 » ;

2° L'article 15 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 15. – L'organisme gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte mentionné à l'article 19 exerce une action sociale en faveur des ressortissants du régime et de leurs familles dans les conditions fixées par l'article 26 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. » ;

3° L'article 19 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 19. – La gestion du régime des prestations familiales institué par la présente ordonnance est assurée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte instituée par l'article 22 de l'ordonnance n° 96-1122 du

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

est confiée à la caisse d'allocations familiales de la Réunion, à l'exception du recouvrement des cotisations opéré conformément à l'article 18.

Le paiement des prestations visé à l'alinéa précédent par la caisse d'allocations familiales de la Réunion est effectué par prélèvement sur la trésorerie de la branche famille visée à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale. Le montant de ce prélèvement vient en déduction de la contribution d'équilibre visée au 3° du I de l'article 18 ci-dessus. Le montant mensuel des prestations payées par la caisse d'allocations familiales de la Réunion pour le compte du régime des prestations familiales de Mayotte est notifié à la Caisse nationale des allocations familiales dans des conditions déterminées par décret.

II. – La caisse d'allocations familiales de la Réunion perçoit à ce titre des frais de gestion, calculés au prorata des dépenses du régime, et dont le taux est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'outre-mer. Les opérations financières et comptables du régime des prestations familiales de Mayotte font l'objet d'une comptabilité distincte conformément aux dispositions du chapitre III du titre V du livre II du code de la sécurité sociale. Les opérations de trésorerie sont retracées dans des comptes spécifiques ouverts à cet effet.

La caisse d'allocations familiales de la Réunion contribue en outre à préparer la création d'une caisse d'allocations familiales de Mayotte. La caisse gestionnaire est assistée pour l'exercice de ses missions à Mayotte d'un conseil d'orientation pour la gestion des prestations familiales à Mayotte.

III. – Le conseil d'orientation pour la gestion des prestations familiales à Mayotte présidé par le représentant de l'État à Mayotte et composé en nombre égal de représentants des orga-

Texte du projet de loi

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. Un décret fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article. » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

nisations représentatives des salariés et des employeurs à Mayotte ainsi que d'organisations représentant les familles et de personnes qualifiées a notamment pour mission :

1° De mettre en œuvre les orientations de l'action sociale en faveur des ressortissants du régime des prestations familiales de Mayotte définies par la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article 15. Il exerce à ce titre les missions dévolues au conseil d'administration de la caisse gestionnaire et prévues à l'article 15. Il tient compte, dans ses orientations, de celles qui sont mises en œuvre par la caisse de sécurité sociale de Mayotte au titre de son action sociale ainsi que par le conseil général de Mayotte ;

2° Il exerce également les missions dévolues au conseil d'administration de la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte en ce qui concerne les recours amiables formés par les ressortissants du régime des prestations familiales de Mayotte. Une commission est constituée à cet effet au sein du conseil d'orientation, composée à parité de représentants des organisations représentatives des salariés et des employeurs à Mayotte membres de ce conseil, et présidée par le représentant de l'État à Mayotte.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment la composition de la commission mentionnée au 2° ci-dessus ainsi que les conditions dans lesquelles elle examine les réclamations.

IV. – Les dispositions de l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime des prestations familiales de Mayotte.

V. – Le régime des prestations familiales de Mayotte est soumis au contrôle de la Cour des comptes selon les modalités et les sanctions prévues à l'article L. 154-1 du code de la sécurité sociale.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Art. 13. – Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l’allocataire n’en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l’allocataire opte pour cette solution. A défaut, l’organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l’indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des aides au logement en vigueur à Mayotte, soit au titre de la prestation mentionnée à l’article 35 de l’ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, soit au titre du revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l’article L. 549-1 du code de l’action sociale et des familles.

Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu’un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l’organisme peut, si d’autres prestations sont versées directement à l’allocataire, recouvrer l’indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret.

Ces retenues seront déterminées dans des conditions définies par décret en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l’exception de celles précisées par décret.

Les décisions de la caisse gestionnaire notifiant le recouvrement des prestations indûment versées indiquent les voies et délais de recours ouverts à l’allocataire ainsi que les conditions et les délais dans lesquels il peut présenter ses observations écrites ou orales. Dans ce dernier cas, le débiteur peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix.

Pour le recouvrement des prestations familiales indûment versées, le directeur de la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte peut, dans les délais et selon les conditions fixés par décret, délivrer une

Texte du projet de loi

4° À l’article 13, à l’article 17 et à l’article 22, les mots : « l’organisme payeur », « la caisse gestionnaire », « la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte » et « l’organisme débiteur des prestations familiales » sont remplacés par les mots : « l’organisme mentionné à l’article 19 ».

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal chargé des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux paiements indus de prestations familiales à compter du 1^{er} janvier 2012.

Les dispositions du troisième alinéa ne sont applicables aux retenues mentionnées au premier alinéa et postérieures au 1^{er} janvier 2012 qu'à compter du 1^{er} janvier 2014.

Jusqu'au 31 décembre 2013, ces retenues, ainsi que celles mentionnées à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et au XXI de l'article L. 549-1 du code de l'action sociale et des familles, ne peuvent excéder un pourcentage déterminé par décret.

La créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration.

L'organisme débiteur des prestations familiales est autorisé à abandonner la mise en recouvrement des montants de prestations familiales indûment payés lorsque leur montant est inférieur à une somme fixée par décret.

Lorsque le montant de l'allocation de logement est inférieur à une somme fixée par décret, il n'est pas procédé à son versement.

Art. 17. – Le financement de la contribution à la prise en charge des frais de restauration scolaire par la caisse gestionnaire des prestations familiales de Mayotte est assuré par l'affectation d'une fraction des ressources prévues au I de l'article 28-5 de l'ordonnance n° 96-1122 susvisée, dont le montant global est fixé annuellement par l'arrêté mentionné à l'article 16.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Art. 22. – I. – Les dispositions transitoires suivantes s'appliquent durant l'année 2002 :

a) Les personnes bénéficiant au 31 décembre 2001 des allocations familiales versées par la caisse de prévoyance sociale de Mayotte, par les collectivités territoriales ou par des établissements publics, continuent de percevoir ces allocations dans les mêmes conditions jusqu'au 30 septembre 2002 ;

b) Les autres personnes bénéficient des prestations familiales à compter du 1^{er} mars 2002 ; elles sont affiliées au régime des prestations familiales de Mayotte ;

II. – La caisse gestionnaire du régime des prestations familiales de Mayotte rembourse aux organismes mentionnés au a du I ci-dessus les dépenses engagées au titre des allocations familiales versées aux personnes mentionnées au même a, ainsi que les frais de gestion qui s'y rapportent ;

III. – L'allocation de logement est versée à compter du 1^{er} janvier 2003.

Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 modifiée relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte

Art. 22. – I. – La caisse de sécurité sociale de Mayotte est un organisme de droit privé doté de la personnalité civile.

Texte du projet de loi

II. – L'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 modifiée relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte **est ainsi modifiée :**

1° Après l'article 20-5-6, il est inséré un article 20-5-7 ainsi rédigé :

« Art. 20-5-7. – Les frais d'hospitalisation mentionnés au 10° de l'article 20-1 sont facturés dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 174-1 et au I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article 22 est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
II. – La caisse a pour rôle :	a) Au II, il est rétabli un 2° ainsi rédigé :	
1° D'assurer la gestion du régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès institué à l'article 19 de la présente ordonnance ;		
2° (Paragraphe supprimé)	« 2° D'assurer la gestion du régime des prestations familiales institué par le titre I ^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ; »	
3° D'assurer la gestion du régime d'assurance accidents du travail et des maladies professionnelles en application des textes en vigueur dans la collectivité territoriale de Mayotte ;		
4° D'assurer la gestion du régime d'assurance vieillesse institué par les articles 5 à 23 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ;		
5° (abrogé)	b) Au II, il est rétabli un 5° ainsi rédigé :	
	« 5° D'exercer une action sociale en faveur des ressortissants du régime des prestations familiales et de leurs familles ; »	
6° De promouvoir une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;		
7° D'exercer une action sanitaire et sociale au profit des ressortissants du régime visé au 1° ci-dessus ;		
8° D'exercer une action sociale au profit des ressortissants du régime visé au 4° ci-dessus ;		
9° (Paragraphe supprimé)	c) La première phrase du premier alinéa du III est ainsi rédigée :	

Texte en vigueur

III. – A l'exception de la contribution portant sur les revenus visés au 4° du II de l'article 21 ci-dessus qui est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu applicable dans la collectivité territoriale de Mayotte, la caisse assure le recouvrement des ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° ci-dessus selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et cotisations du régime général de la sécurité sociale de la France métropolitaine. Un décret en Conseil d'État adapte en tant que de besoin ces règles, garanties et sanctions à la situation particulière de la collectivité territoriale de Mayotte.

Les articles L. 244-6 et L. 244-12 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.

Les agents de l'administration fiscale de Mayotte communiquent à leur demande aux agents de la caisse de sécurité sociale les renseignements nécessaires à l'établissement de l'assiette des cotisations et contributions et au calcul des prestations des régimes et actions gérés par la caisse.

IV. – La caisse de sécurité sociale de Mayotte assure, dans les conditions prévues au III ci-dessus pour les ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° du II, le recouvrement des cotisations du régime des prestations familiales de Mayotte prévues à l'article 18 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte. Elle assure dans les mêmes conditions le recouvrement de la cotisation prévue à l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale tel qu'adapté par le 4° de l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 modifiée relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

Texte du projet de loi

« La caisse assure le recouvrement des ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° et de la cotisation prévue à l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale tel qu'adapté par le 4° de l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et cotisations du régime général de la sécurité sociale de la France métropolitaine. » ;

d) Le IV est abrogé ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

V. – La caisse de sécurité sociale peut assurer, notamment pour le compte de la collectivité territoriale de Mayotte ou de l'État, la gestion de tout dispositif de protection ou d'aide sociale autres que ceux entrant directement dans ses compétences, dans des conditions définies par des conventions et sous réserve du paiement des frais correspondant à cette gestion.

VI. – Les organismes nationaux visés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale exercent, chacun dans son champ de compétence, un contrôle en matière de gestion de trésorerie ainsi qu'un contrôle sur les opérations immobilières et sur la gestion du patrimoine immobilier sur la caisse de sécurité sociale de Mayotte, au titre de ses attributions énoncées aux II et III ci-dessus.

Les articles L. 224-11 et L. 224-13 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte qui est considérée comme un organisme de base mentionné au titre Ier du livre II de ce même code.

L'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale est applicable à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

VII. – Les accords collectifs de travail conclus au sein de la caisse de sécurité sociale de Mayotte ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale.

Art. 23. – I. – La caisse de sécurité sociale est administrée par un conseil de vingt membres comprenant :

– huit représentants des assurés sociaux, désignés par les organisations syndicales représentatives selon le code du travail applicable à Mayotte ;

– huit représentants des entreprises, désignés par les organisations professionnelles locales, dont quatre représentants des employeurs, deux représentants des travailleurs indépendants et deux représentants des exploitants agricoles ;

Texte du projet de loi

e) Au VI, après la référence : « L. 222-1 », il est inséré la référence : « , L. 223-1 » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

—

– quatre personnes qualifiées désignées par le représentant de l'État à Mayotte, dont un représentant de l'association des femmes mahoraises et un représentant des retraités.

Siège également avec voix consultative un représentant du personnel élu dans des conditions fixées par décret.

Assiste également aux séances du conseil l'autorité compétente de l'État.

.....

Art. 23-2. – Les articles L. 162-29, L. 162-29-1, L. 162-30 et L. 162-30-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.

La caisse de sécurité sociale de Mayotte assume dans ce cadre les compétences des caisses primaires d'assurance maladie.

Art. 24. – Le conseil de la caisse de sécurité sociale de Mayotte a pour rôle de déterminer, sur proposition du directeur :

1° Les orientations des contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale au titre de ses missions fixées aux 1° à 4° et III et IV de l'article 22 ;

2° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur ;

Texte du projet de loi

—

3° Au quatrième alinéa de l'article 23, après les mots : « des femmes mahoraises », sont insérés les mots : « , un représentant des associations familiales » ;

4° L'article 23-2 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les dispositions des articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve de l'adaptation suivante : au 1° et au 3° du II de l'article L. 162-1-14, les mots : « du présent code » sont remplacés par les mots : « de la présente ordonnance ».

« La caisse de sécurité sociale de Mayotte assume dans ce cadre les compétences respectivement des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse et des caisses d'assurance maladie. » ;

Propositions de la Commission

—

Texte en vigueur

3° Les axes de la politique de communication à l'égard des usagers ;

4° Les axes de la politique de gestion du risque.

Il est périodiquement tenu informé par le directeur de la mise en œuvre des orientations qu'il définit et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement. Il approuve, sur proposition du directeur, les budgets de gestion et d'intervention. Ces propositions sont réputées approuvées, sauf opposition du conseil à la majorité qualifiée, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.

Le conseil délibère également sur :

1° La politique d'action sanitaire et sociale menée par la caisse dans le cadre des orientations définies par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-1 et L. 222-1 du code de la sécurité sociale ;

2° Les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, notamment par une commission spécifique constituée à cet effet ;

3° L'acceptation et le refus des dons et legs ;

4° La représentation de la caisse dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.

Il délibère sur les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.

Le conseil peut être saisi par le directeur de toute question relative au fonctionnement de la caisse.

Le conseil peut, sur le fondement d'un avis motivé rendu à la majorité des deux tiers de ses membres, diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.

Texte du projet de loi

5° Au huitième alinéa de l'article 24, les mots : « et L. 222-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 222-1 et L. 223-1 » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Les modalités de mise en œuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du conseil, sont précisées par décret.

Art. 26. – I. – Les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses de gestion administrative et, par imputation de leur budget d'intervention, les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses d'action sociale et de prévention.

II. – (Paragraphe supprimé)

III. – La gestion de chacun des régimes et actions visés au II de l'article 22 ci-dessus est retracée distinctement dans les écritures comptables de la caisse de sécurité sociale.

Texte du projet de loi

6° L'article 26 est ainsi rédigé :

« Art. 26. – I. – Pour assurer le service des prestations des régimes définis au 1° à 4° du II de l'article 22, les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses de chacun desdits régimes au titre de l'exercice, après déduction des recettes de cotisations et contributions sociales de ces mêmes régimes au titre de l'exercice.

« Si, pour tout ou partie des régimes, les recettes de cotisations et contributions sociales excèdent les dépenses au titre de l'exercice, la caisse de sécurité sociale de Mayotte transfère les excédents constatés aux organismes nationaux du régime général concernés au titre de ce même exercice.

« II. – Les organismes nationaux mentionnés au I ainsi que l'agence centrale des organismes de sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses de gestion administrative au titre de l'exercice, après déduction des éventuelles recettes de gestion administrative au titre de ce même exercice.

« Les dépenses de gestion administrative de la caisse s'inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.

« III. – Les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses d'action sociale et de prévention au bénéfice des ressortissants des régimes mentionnés au II de l'article 22.

« Les dépenses d'action sociale et de prévention s'inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

IV. – Les excédents de chacun de ces régimes ne peuvent être affectés ni au financement des autres régimes gérés par la caisse ni au financement de dépenses n'entrant pas dans le domaine de compétence de la caisse de sécurité sociale.

La gestion commune de trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse ne fait pas obstacle à l'obligation prévue à l'alinéa précédent.

Les excédents peuvent faire l'objet de placements dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'État.

Toutefois, le cas échéant, le résultat excédentaire de chaque exercice du régime prévu par les articles 5 à 23 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est versé à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dans des conditions fixées par arrêté interministériel ;

Les réserves constituées par le régime prévu à l'article 98 de la loi du 3 janvier 1985 susvisée avec les excédents de ses exercices antérieurs au 1er janvier 2003 sont versées au fonds de réserve pour les retraites institué par l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale.

V. – À compter de l'exercice 2007, les sommes constitutives des réserves de la caisse de sécurité sociale de Mayotte constatées au titre des résultats excédentaires des années antérieures des différents risques et actions autres que le régime d'assurance vieillesse sont affectées au financement du régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à l'exception d'une somme affectée au financement du programme immobilier nécessaire au fonctionne-

« Les objectifs de l'action sociale et de la prévention exercée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte en faveur des ressortissants des régimes visés au II de l'article 22 et de leur famille sont définis par les contrats pluriannuels mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.

« IV. – La gestion de chacun des régimes et actions mentionnés au II de l'article 22 est retracée distinctement dans les écritures comptables de la caisse de sécurité sociale.

« V. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte dans les conditions fixées en application de l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale.

Texte en vigueur

ment de la caisse. Les modalités d'application du présent V sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

VI. – À compter du 1er janvier 2008, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

En vue de clarifier la gestion des différents régimes et actions gérés par la caisse, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure l'individualisation de la trésorerie de chaque régime et action par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable ; elle établit l'état prévisionnel de la trésorerie de chaque régime et action.

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 762-1-2. – À Mayotte, la gestion des différentes branches de la protection sociale des non-salariés des professions agricoles, à l'exception de celle des prestations familiales, est assurée par une caisse de la mutualité sociale agricole désignée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale. Une convention entre cette caisse et la caisse de sécurité sociale de Mayotte définit l'appui technique local qu'apporte cette dernière, notamment pour l'accueil des prestataires.

Texte du projet de loi

« VI. – Les dispositions des articles L. 114-5, L. 114-6 et L. 114-6-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

« VII. – Pour l'application du présent article, la caisse de sécurité sociale de Mayotte est considérée comme un organisme de base au sens du titre I^{er} du livre II du code de la sécurité sociale.

« VIII. – Un décret fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article. »

III. – L'article L. 762-1-2 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2012-789 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation de certaines dispositions du code rural et de la pêche maritime et d'autres dispositions législatives à Mayotte, est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « à l'exception de celle des prestations familiales, » sont remplacés par les mots : « à l'exception du service des prestations familiales, » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

La gestion de la branche des prestations familiales pour les non-salariés des professions agricoles est assurée par la caisse gestionnaire des prestations familiales de Mayotte en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte.

Pour les besoins de l'application du présent livre, les dispositions du code de la sécurité sociale auxquelles les dispositions du présent code renvoient sont applicables à Mayotte dans les conditions prévues au présent titre.

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

Art. 33. – Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 23 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1^{er} mars 2005 dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes :

I. –

II. – Jusqu'au 31 décembre 2015, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du

Texte du projet de loi

2° Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le service des prestations familiales pour les non salariés des professions agricoles est assuré par l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 modifiée relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte. »

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

même code sont fixées par voie réglementaire. Ces tarifs servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

.....

Code de la sécurité sociale

Texte du projet de loi

IV. – Au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, après les mots : « maladies professionnelles », sont insérés les mots : « à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ».

V. – Les réserves et le report à nouveau inscrits dans les comptes de la caisse de sécurité sociale de Mayotte au 1^{er} janvier 2015 au titre de la gestion des régimes, de l'action sociale et de la prévention mentionnés au II de l'article 22 sont transférés, après affectation du résultat de l'exercice 2014, aux organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale. Un arrêté fixe les montants de ces transferts.

VI. – Les droits, biens et obligations de la caisse d'allocations familiales de La Réunion afférents à la gestion du régime des prestations familiales à Mayotte, ainsi que les contrats de travail des agents concernés, sont transférés à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

VII. – Les dispositions du I, du II à l'exception des dispositions de son 1^o, du III, du V et du VI du présent article prennent effet au 1^{er} janvier 2015. Les dispositions du 1^o du II et du IV du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 21

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

A. – L'article L. 131-7 est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Article 21

Texte en vigueur

Art. L. 131-7. – Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'État pendant toute la durée de son application, à l'exception de l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et des mesures prévues aux articles L. 241-13 et L. 241-6-4 dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2011 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles.

Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi.

La règle définie au premier alinéa s'applique également :

1° À toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;

2° À toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée.

À compter de la date de publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée, tout transfert de charges opéré entre l'État et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre lesdits régimes ou organismes et le budget de l'État.

Texte du projet de loi

1° Au premier alinéa, les mots : « , à l'exception de l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et des mesures prévues aux articles L. 241-13 et L. 241-6-4 dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2011 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles » sont supprimés ;

2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le premier alinéa n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux dispositions prévues

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 131-8. – Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :

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

– à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,5 % ;

– à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 27,5 % ;

– au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 19 % ;

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 ;

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

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

aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4, L. 241-13 et au deuxième alinéa de l'article L. 242-11, dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2015 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1 résultant du 11° de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. »

B. – L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,5 % » est remplacé par le taux : « 18 % » ;

b) À la fin du quatrième alinéa, le taux : « 19 % » est remplacé par le taux : « 28,5 % » ;

Texte en vigueur

5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14, L. 137-18 et L. 137-19 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;

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

7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :

a) À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 60 % ;

b) À la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 8,97 % ;

c) À la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 17,6 % ;

d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;

e) À la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 7,48 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;

f) À l'Établissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la Société nationale des chemins de fer français et de la Régie autonome des transports parisiens et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,60 %, ré-

Texte du projet de loi

2° Le 7° est ainsi modifié :

a) À la fin du a, le taux : « 60 % » est remplacé par le taux : « 57,53 % » ;

b) Au e, le taux : « 7,48 % » est remplacé par le taux : « 7,99 % » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

partie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;

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

h) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 %.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.

Art. L. 136-8. – I. – Le taux des contributions sociales est fixé :

1° À 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;

2° À 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

3° À 6,9 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.

II. – Par dérogation au I :

1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ;

Texte du projet de loi

c) Il est complété par un i ainsi rédigé :

« i) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 % . »

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.

III. – Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts et dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article.

VI. – I 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.

.....
Art. L. 651-2-1. – Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés :

1° À la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 22 % ;

Texte du projet de loi

C. – Le 2° du VI de l'article L. 136-8 est complété par les mots : « et pour les produits mentionnés au III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ».

D. — L'article L. 651-2-1, dans sa rédaction issue de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, est ainsi modifié :

1° À la fin du 1°, le taux : « 22 % » est remplacé par le taux : « 13,3 % » ;

Propositions de la Commission

C. – ...
... mentionnés *aux I et III* de l'article ...
... sociale ».

Amendement AS258

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>2° À la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 33 % ;</p>	<p>2° À la fin du 2°, le taux : « 33 % » est remplacé par le taux : « 41,7 % ».</p>	
<p>3° Au fonds mentionné à l'article L. 135-3, pour une fraction correspondant à 14 % ;</p>		
<p>4° À la branche des assurances invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, pour une fraction correspondant à 31 %.</p>		
<p>La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.</p>		
<p>Code de l'action sociale et des familles</p>	<p>II. – L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 6° ainsi rédigé :</p>	<p>II. – L'article L. 14-10-4 du rédigé :</p>
<p>Art. L. 14-10-4. – Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :</p>		
<p>1° Une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ;</p>		
<p>1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1° bis de l'article 1657 du code général des impôts. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus au III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale.</p>		<p>Amendement AS259</p>

Texte en vigueur

Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ;

2° Une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;

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

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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.</p>	<p>« 6° Une part, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation sur les tabacs. »</p> <p>III. – Le présent article s'applique à compter du 1^{er} janvier 2015.</p>	
Code de la sécurité sociale	Article 22	Article 22
Art. L. 136-6. – I. –	I. – Le III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	<i>(Sans modification)</i>
<p>III. – La contribution portant sur les revenus mentionnés aux I à II ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit annuel de cette contribution résultant de la mise en recouvrement du rôle primitif est versé le 25 novembre au plus tard aux organismes affectataires.</p>	<p>1° Au premier alinéa, le mot : « ci-dessus » est remplacé par les mots : « , à l'exception du e bis du I, » ;</p>	
<p>Les dispositions de l'article L. 80 du livre des procédures fiscales sont applicables.</p>	<p>2° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>Il n'est pas procédé au recouvrement de la contribution lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 61 euros.</p>	<p>« La contribution portant sur les revenus mentionnés au e bis du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit annuel de cette contribution est versé aux organismes affectataires pour le montant effectivement recouvré sans qu'il soit fait application du prélèvement prévu au B du I de l'article 1641 du code général des impôts. »</p>	

Texte en vigueur

—
La majoration de 10 % prévue à l'article 1730 du code général des impôts est appliquée au montant de la contribution qui n'a pas été réglé dans les trente jours suivant la mise en recouvrement.

IV. – Par dérogation aux dispositions du III, la contribution portant sur les redevances visées aux articles L. 7121-8 et L. 7123-6 du code du travail et versées aux artistes du spectacle et aux mannequins est précomptée, recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale.

Texte du projet de loi

—
II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

Article 23

Est approuvé le montant de 3,7 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 2015.

**TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE
L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE**

Article 24

Cf. Annexe 1

Article 25

Cf. Annexe 1

Article 26

Cf. Annexe 1

Propositions de la Commission

—
Article 23

(Sans modification)

**TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE
L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE**

Article 24

Cf. Annexe 1

(Sans modification)

Article 25

Cf. Annexe 1

(Sans modification)

Article 26

Cf. Annexe 1

(Sans modification)

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
—	—	—
	Article 27	Article 27
	Cf. Annexe 1	Cf. Annexe 1
		<i>(Sans modification)</i>
	Article 28	Article 28
		<i>(Sans modification)</i>
	Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2015 à 2018), 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.	
	QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015 TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE	QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015 TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE
	CHAPITRE I ^{ER}	CHAPITRE I ^{ER}
	Amélioration de l'accès aux soins et aux droits	Amélioration de l'accès aux soins et aux droits
	Article 29	Article 29
	I. – Le code la sécurité sociale est ainsi modifié :	<i>(Sans modification)</i>
Livres I ^{er} Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre 6 Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales Chapitre 1 ^{er} Dispositions relatives aux prestations Section 4 Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé	1° Dans l'intitulé de la section 4 du chapitre I ^{er} du titre VI du livre I ^{er} du code de la sécurité sociale, les mots : « et cartes de santé » sont remplacés par les mots : « et tiers payant » ; 2° Après l'article L. 161-36-1 A, il est inséré un article L. 161-36-2 ainsi rédigé :	

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 162-16-7. – Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code.

Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa.

La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substi-

« Art. L. 161-36-2. – Les organismes d'assurance maladie sont habilités, dans le cadre du tiers payant, à verser au professionnel ou à l'établissement de santé la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que, le cas échéant, lorsqu'ils ont reçu délégation de gestion, celle prise en charge par l'organisme servant les prestations d'assurance complémentaire de santé de l'assuré. » ;

3° Au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7, après les mots : « à l'article L. 861-1 », sont insérés les mots : « et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 » ;

Texte en vigueur

tution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

L'accord national mentionné au premier alinéa peut décider de maintenir la dispense d'avance de frais dans les zones géographiques pour lesquelles les niveaux de substitution sont supérieurs aux objectifs fixés par cet accord. La suppression de la dispense d'avance de frais s'applique dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente par les partenaires conventionnels mentionnés au premier alinéa.

Art. L. 861-3. – Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dis-

Texte du projet de loi

4° Après l'article L. 863-7, il est inséré un article L. 863-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 863-7-1. – Les bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que sur la part des dépenses couverte par leur contrat d'assurance complémentaire de santé sélectionné en application de l'article L. 863-6, pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé. Ce tiers payant est mis en œuvre pour la délivrance de médicaments dans le respect des conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, il n'est pas mis en œuvre lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3.

« Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes d'assurance complémentaire de santé et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure. » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

pense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :

1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'État afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.

L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit.

Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.

Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

Texte du projet de loi

5° Le dernier alinéa de l'article L. 861-3 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure. »

II. – Le 4° du I du présent article entre en vigueur à la date fixée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

À compter de cette date et jusqu'au 31 décembre 2015, par dérogation aux dispositions de l'article L. 863-7-1 dans sa rédaction résultant de la présente loi, le tiers payant prévu par ces mêmes dispositions s'applique, s'agissant de la part des dépenses prise en charge par l'assurance complémentaire de santé, à hauteur des niveaux minimaux de prise en charge des dépenses fixés par le décret mentionné à l'article L. 863-6 du même code dans sa rédaction résultant du I de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 29 bis

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} juin 2015, un rapport visant à étudier la possibilité d'exonérer les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) de la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et des franchises mentionnées au III du même article.

Amendements AS275 (rect) et AS109

Article 30

Article 30

(Sans modification)

Art. L. 322-3. – La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

1°) lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;

.....

21°) Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs.

La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

À l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, après le 21°, il est inséré un 22° ainsi rédigé :

« 22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1. »

Texte en vigueur

Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.

Art. L. 331-6. – L'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3 est accordée au père pour une durée de dix semaines au plus à compter du jour de la naissance et de vingt-deux semaines au plus en cas de naissances multiples, lorsque la mère est décédée du fait de l'accouchement et sous réserve que le père cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation.

La période d'indemnisation est portée à dix-huit semaines lorsque, du fait de la ou des naissances, le père assume la charge de trois enfants au moins, dans les conditions déterminées à l'article L. 512-3.

Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans les conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 331-5.

Lorsque le père de l'enfant ne perçoit pas l'indemnité, le bénéfice de celle-ci est accordé au conjoint salarié de la mère ou à la personne liée à elle

Texte du projet de loi

Article 31

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

1° L'article L. 331-6 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse tout travail salarié durant cette période et sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 313-1. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3. » ;

b) Au quatrième alinéa, les mots : « ne perçoit pas l'indemnité, le bénéfice de celle-ci » sont remplacés par les mots : « ne demande pas à bénéficier de l'indemnité, le

Propositions de la Commission

Article 31

(Sans modification)

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p>	<p>droit à indemnisation » et après les mots : « au conjoint », le mot : « salarié » est supprimé ;</p> <p>2° Après l'article L. 613-19-2, il est inséré un article L. 613-19-3 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 613-19-3. – En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 613-8. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité prévue aux articles L. 613-19 et L. 613-19-1 sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue aux mêmes articles lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.</p> <p>« Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans des conditions fixées par décret.</p> <p>« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. » ;</p> <p>3° Après l'article L. 722-8-3, il est inséré un article L. 722-8-4 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 722-8-4. – En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et sans</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

qu'il soit fait application du dernier alinéa de l'article L. 722-6. Pendant cette durée, le père bénéficiaire, d'une part, de l'indemnité prévue aux articles L. 722-8 et L. 722-8-1 sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue à l'article L. 732-10 lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.

« Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans des conditions fixées par décret.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. »

Code rural et de la pêche maritime

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

Art. L. 732-11. – Le bénéfice de l'allocation de remplacement prévue aux articles L. 732-10 et L. 732-10-1 est également accordé aux non-salariés agricoles mentionnés aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 722-10 qui perçoivent leurs prestations du régime de leur activité salariée, au prorata de leur activité à temps partiel sur l'exploitation lorsqu'ils répondent à des conditions de durée maximale d'activité salariée précisées par le décret en Conseil d'État prévu à l'article L. 732-13.

1° À l'article L. 732-11, les mots : « L. 732-10-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 732-10-1 et L. 732-12-2 » ;

2° Après l'article L. 732-12-1, il est inséré un article L. 732-12-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 732-12-2. – En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père, lorsqu'il appartient à l'une des catégories mentionnées aux 1°, 2°, 4° et 5° de l'article L. 722-10, bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 732-15.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

**Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984
portant dispositions statutaires
relatives à la fonction publique d'État**

Art. 34. — Le fonctionnaire en activité a droit :

1° À un congé annuel avec traitement dont la durée est fixée par décret en Conseil d'État ;

2° À des congés de maladie dont la durée totale peut atteindre un an pendant une période de douze mois consécutifs en cas de maladie dûment constatée mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Celui-ci conserve alors l'intégralité de son traitement pendant une durée de trois mois ; ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Le fonctionnaire conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence. Le bénéfice de ces dispositions est subordonné à la transmission par le fonctionnaire, à son administration, de l'avis d'arrêt de travail justifiant du bien-fondé du congé de maladie, dans un délai et selon les sanctions prévus en application de l'article 35.

Toutefois, si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pen-

Pendant cette durée, le père bénéficie de l'allocation prévue à l'article L. 732-10, sous réserve qu'il cesse toute activité sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole.

« Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans les conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 331-5 du code de la sécurité sociale.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, sous réserve qu'il appartienne aux catégories mentionnées au premier alinéa. »

III. — Le 5° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'État est ainsi modifié :

Texte en vigueur

sions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à mise à la retraite. Il a droit, en outre, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident ;

3° À des congés de longue maladie d'une durée maximale de trois ans dans les cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaire un traitement et des soins prolongés et qu'elle présente un caractère invalidant et de gravité confirmée. Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant un an ; le traitement est réduit de moitié pendant les deux années qui suivent. L'intéressé conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Les dispositions du deuxième alinéa du 2° du présent article sont applicables au congé de longue maladie.

Le fonctionnaire qui a obtenu un congé de longue maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature, s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant un an ;

4° À un congé de longue durée, en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis, de trois ans à plein traitement et de deux ans à demi-traitement. Le fonctionnaire conserve ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Si la maladie ouvrant droit à congé de longue durée a été contractée dans l'exercice des fonctions, les périodes fixées ci-dessus sont respectivement portées à cinq ans et trois ans.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Sauf dans le cas où le fonctionnaire ne peut être placé en congé de longue maladie à plein traitement, le congé de longue durée n'est attribué qu'à l'issue de la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie. Cette période est réputée être une période du congé de longue durée accordé pour la même affection. Tout congé attribué par la suite pour cette affection est un congé de longue durée.

Sur demande de l'intéressé, l'administration a la faculté, après avis du comité médical, de maintenir en congé de longue maladie le fonctionnaire qui peut prétendre à l'octroi d'un congé de longue durée ;

5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale.

Texte du projet de loi

1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.

« En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.

« Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

« Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas de naissance, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.

A l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 60 ;

6° Au congé de formation professionnelle ;

6° bis Au congé pour validation des acquis de l'expérience ;

6° ter Au congé pour bilan de compétences ;

7° Au congé pour formation syndicale avec traitement d'une durée maximale de douze jours ouvrables par an.

La formation ouvrant droit au bénéfice de ce congé et placée sous la responsabilité des organisations syndicales de fonctionnaires représentées au Conseil supérieur de la fonction publique de l'État peut faire l'objet d'une aide financière de l'État ;

8° A un congé de six jours ouvrables par an accordé, sur sa demande, au fonctionnaire de moins de vingt-cinq ans, pour participer aux activités des organisations de jeunesse et d'éducation populaire, des fédérations et des associations sportives et de plein air légalement constituées, destinées à favoriser la préparation, la formation ou le perfectionnement de cadres et animateurs. Ce congé non rémunéré peut être pris en une ou deux fois à la demande du bénéficiaire. La durée du congé est assimilée à une période de service effectif. Elle ne peut être imputée sur la durée du congé annuel ;

Texte du projet de loi

2° Au troisième alinéa, qui devient le septième, les mots : « aux deux alinéas précédents » sont remplacés par les mots : « au présent 5° ».

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

9° À un congé de solidarité familiale lorsqu'un ascendant, un descendant, un frère, une sœur, une personne partageant le même domicile ou l'ayant désigné comme sa personne de confiance au sens de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause. Ce congé non rémunéré est accordé, sur demande écrite du fonctionnaire, pour une durée maximale de trois mois, renouvelable une fois. Il peut être fractionné dans des conditions fixées par décret. Le congé de solidarité familiale prend fin soit à l'expiration de la période de trois mois, soit dans les trois jours qui suivent le décès de la personne accompagnée, soit à une date antérieure. La durée de ce congé est assimilée à une période de service effectif. Elle ne peut être imputée sur la durée du congé annuel. Ce congé peut être transformé en période d'activité à temps partiel dans des conditions fixées par décret ;

10° À un congé pour siéger, comme représentant d'une association déclarée en application de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association ou inscrite au registre des associations en application de la loi du 19 avril 1908 applicable au contrat d'association dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ou d'une mutuelle au sens du code de la mutualité, dans une instance, consultative ou non, instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'État à l'échelon national, régional ou départemental, ou d'une collectivité territoriale. Ce congé avec traitement est accordé sous réserve des nécessités de service et ne peut dépasser neuf jours ouvrables par an. Il peut être fractionné en demi-journées. Ce congé ne peut se cumuler avec ceux qui sont prévus aux 7° et 8° du présent article qu'à concurrence de douze jours ouvrables pour une même année.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

**Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984
portant dispositions statutaires
relatives à la fonction publique
territoriale**

Art. 57. – Le fonctionnaire en activité a droit :

1° À un congé annuel avec traitement dont la durée est fixée par décret en Conseil d'État.

Le fonctionnaire territorial originaire des départements de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique, de Mayotte, de la Réunion et de Saint-Pierre-et-Miquelon exerçant en métropole bénéficie du régime de congé institué pour les fonctionnaires de l'État ;

2° À des congés de maladie dont la durée totale peut atteindre un an pendant une période de douze mois consécutifs en cas de maladie dûment constatée mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Celui-ci conserve alors l'intégralité de son traitement pendant une durée de trois mois ; ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Le fonctionnaire conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence. Le bénéfice de ces dispositions est subordonné à la transmission par le fonctionnaire, à son administration, de l'avis d'arrêt de travail justifiant du bien-fondé du congé de maladie, dans un délai et selon les sanctions prévus en application de l'article 58.

.....

3° À des congés de longue maladie d'une durée maximale de trois ans dans les cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaires un traitement et des soins prolongés et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée. Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant un an ; le traitement est réduit de moitié pendant les deux années qui suivent. L'intéressé conserve, en outre,

Texte du projet de loi

IV. – Le 5° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Le fonctionnaire qui a obtenu un congé de longue maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant un an.

Les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas du 2° du présent article sont applicables aux congés de longue maladie ;

4° À un congé de longue durée, en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis, de trois ans à plein traitement et de deux ans à demi-traitement. Le fonctionnaire conserve ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

.....

4° bis. Après six mois consécutifs de congé de maladie pour une même affection, après un congé de longue maladie ou un congé de longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés, après avis du comité médical compétent, à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique, accordé pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection.

.....

5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale.

Texte du projet de loi

—

Propositions de la Commission

—

1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.

« En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas de naissance avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;

À l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 54 ;

6° Au congé de formation professionnelle ;

.....

11° À un congé pour siéger, comme représentant d'une association déclarée en application de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association ou inscrite au registre des associations en application de la loi du 19 avril 1908 applicable au contrat d'association dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ou d'une mutuelle au sens du code de la mutualité, dans une instance, consultative ou non, instituée par une disposition législative ou réglementaire

« Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

« Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;

2° Au troisième alinéa, qui devient le septième, les mots : « aux deux alinéas précédents » sont remplacés par les mots : « au présent 5° ».

Texte en vigueur

auprès d'une autorité de l'État à l'échelon national, régional ou départemental, ou d'une collectivité territoriale. Ce congé avec traitement est accordé sous réserve des nécessités de service et ne peut dépasser neuf jours ouvrables par an. Il peut être fractionné en demi-journées. Ce congé ne peut se cumuler avec ceux qui sont prévus aux 7° et 8° du présent article qu'à concurrence de douze jours ouvrables pour une même année.

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

Art. 41. — Le fonctionnaire en activité a droit :

1° À un congé annuel avec traitement dont la durée est fixée par décret en Conseil d'État.

Les fonctionnaires qui exercent leurs fonctions sur le territoire européen de la France et dont le lieu de résidence habituelle est situé dans les départements d'outre-mer bénéficient des congés bonifiés dans les conditions prévues pour les fonctionnaires de l'État se trouvant dans la même situation.

Les fonctionnaires originaires des départements de la Haute-Corse et de la Corse-du-Sud ou des territoires d'outre-mer peuvent bénéficier, sur leur demande, d'un cumul sur deux années de leurs congés annuels pour se rendre dans leur département ou territoire d'origine ;

2° À des congés de maladie dont la durée totale peut atteindre un an pendant une période de douze mois consécutifs en cas de maladie dûment constatée mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Celui-ci conserve alors l'intégralité de son traitement pendant une durée de trois mois ; ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Le fonctionnaire conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément fami-

Texte du projet de loi

V. — Le 5° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

lial de traitement et de l'indemnité de résidence. Le bénéfice de ces dispositions est subordonné à la transmission par le fonctionnaire, à son administration, de l'avis d'arrêt de travail justifiant du bien-fondé du congé de maladie, dans un délai et selon les sanctions prévus en application de l'article 42.

Toutefois, si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à sa mise à la retraite. Il a droit, en outre, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident.

Dans le cas visé à l'alinéa précédent, l'imputation au service de la maladie ou de l'accident est appréciée par la commission de réforme instituée par le régime des pensions des agents des collectivités locales.

L'établissement ou la collectivité dont il relève est subrogé dans les droits éventuels du fonctionnaire victime d'un accident provoqué par un tiers jusqu'à concurrence du montant des charges qu'il a supportées ou supporte du fait de cet accident. L'établissement ou la collectivité est admis à poursuivre directement contre le responsable du dommage ou son assureur le remboursement des charges patronales afférentes aux rémunérations maintenues ou versées audit fonctionnaire pendant la période d'indisponibilité de celui-ci par dérogation aux dispositions de l'article 2 de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques ;

3° À des congés de longue maladie d'une durée maximale de trois ans dans les cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaires un traitement et des soins prolongés et

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

présente un caractère invalidant et de gravité confirmée. Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant un an ; le traitement est réduit de moitié pendant les deux années qui suivent. L'intéressé conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Le fonctionnaire qui a obtenu un congé de longue maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant un an.

Les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas du 2° du présent article sont applicables aux congés de longue maladie ;

4° À un congé de longue durée, en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis, de trois ans à plein traitement et de deux ans à demi-traitement. Le fonctionnaire conserve ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Si la maladie ouvrant droit à congé de longue durée a été contractée dans l'exercice des fonctions, les périodes fixées ci-dessus sont respectivement portées à cinq ans et trois ans.

Sauf dans le cas où le fonctionnaire ne peut être placé en congé de longue maladie, le congé ne peut être attribué qu'à l'issue de la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie. Cette période est réputée être une période du congé de longue durée accordé pour la même affection. Tout congé attribué par la suite pour cette affection est un congé de longue durée.

Sur la demande de l'intéressé, l'établissement a la faculté, après avis du comité médical, de maintenir en congé de longue maladie le fonctionnaire qui peut prétendre à l'octroi d'un congé de longue durée ;

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

5° Au congé pour maternité ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale ;

Au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas de naissance, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;

À l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 38 ;

Texte du projet de loi

1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.

« En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.

« Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

« Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;

2° Au troisième alinéa, qui devient le septième, les mots : « aux deux alinéas précédents » sont remplacés par les mots : « au présent 5° ».

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

6° Au congé de formation professionnelle ; la prise en charge de ce congé et des dépenses relatives au bilan de compétences ou à des actions préparant à la validation des acquis de l'expérience, effectués à l'initiative de l'agent, dans les établissements énumérés à l'article 2, est assurée par une cotisation annuelle d'un montant de 0,20 % du montant des rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, inscrit à l'état des prévisions de recettes et de dépenses, versée à un ou plusieurs organismes paritaires agréés par l'État, chargés de la gestion et de la mutualisation de cette cotisation ;

.....

11° À un congé de présence parentale, accordé au fonctionnaire lorsque la maladie, l'accident ou le handicap d'un enfant à charge présente une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue de sa mère ou de son père et des soins contraignants. Les modalités d'appréciation de la gravité de la maladie, de l'accident ou du handicap sont définies par décret en Conseil d'État.

Ce congé est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire. Le nombre de jours de congé dont il peut bénéficier à ce titre ne peut excéder trois cent dix jours ouvrés au cours d'une période de trente-six mois. Chacun de ces jours ne peut être fractionné. La période de congé ne peut être imputée sur la durée du congé annuel.

Pendant les jours de congé de présence parentale, le fonctionnaire n'est pas rémunéré. Il n'acquiert pas de droits à la retraite, sous réserve des dispositions de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

À l'issue du congé de présence parentale ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit, au besoin en surnombre, dans son établissement d'origine.

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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code du travail	<p>VI. – L'article L. 1225-28 du code du travail est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation définie au premier alinéa de l'article L. 331-6 du code de la sécurité sociale, le père peut suspendre son contrat de travail pendant une période au plus égale à la durée d'indemnisation restant à courir, définie au premier alinéa du même article, le cas échéant reportée en application des dispositions du deuxième alinéa du même article. » ;</p>	
<p>L'intéressé avertit son employeur du motif de son absence et de la date à laquelle il entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail. Le père bénéficie alors de la protection contre le licenciement prévue aux articles L. 1225-4 et L. 1225-5.</p>	<p>2° Le troisième alinéa est supprimé ;</p>	
<p>La suspension du contrat de travail peut être portée à dix-huit ou vingt-deux semaines dans les cas prévus à l'article L. 331-6 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>3° Au quatrième alinéa, après les mots : « ou à la personne », il est inséré le mot : « salariée ».</p>	
<p>Lorsque le père de l'enfant n'exerce pas son droit, le bénéfice de celui-ci est accordé au conjoint salarié de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p>	<p>VII. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux périodes de congés ou de cessation d'activité en cours au 1^{er} janvier 2015.</p>	
Code de la sécurité sociale	Article 32	Article 32
<p>Art. L. 381-30-1. – Les détenus affiliés en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 bénéficient pour eux-mêmes et, sous réserve de l'article L. 161-25-2, pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité.</p>	<p>I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « et les différentes participations mentionnées à l'article L. 322-2 sont prises en</p>	<p>(Sans modification)</p>
<p>Ils sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par les assurances maladie et maternité du régime général, et les différentes participations mentionnées à l'article L. 322-2 sont</p>		

Texte en vigueur

prises en charge par l'État selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5.

Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1.

Par dérogation au premier alinéa, les détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour eux-mêmes des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Les dispositions de l'article L. 161-13 ne sont pas applicables aux détenus de nationalité étrangère et à leurs ayants droit qui ne satisfont pas aux conditions prévues par les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2.

Art. L. 381-30-5. – I. – La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues

Texte du projet de loi

charge » sont remplacés par les mots : « et pour la participation mentionnée au I de l'article L. 322-2 ainsi que le forfait journalier institué par l'article L. 174-4 qui sont pris en charge ».

II. – L'article L. 381-30-5 est ainsi modifié :

1° Au début du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses d'assurance maladie assurent le paiement, d'une part, de l'intégralité des frais de soins dispensés aux personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30, pour la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie ainsi que pour la part correspondant à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 322-2, dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations, et d'autre part, du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4. » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

à l'article L. 162-22-16 lorsque ces soins sont dispensés par un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées mentionné à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. Lorsqu'ils sont dispensés aux personnes détenues soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du 12° de l'article L. 6112-1 du même code, ces soins sont financés selon les modalités de droit commun.

II. – L'État assure la prise en charge de la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2 due par les personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 380-30-1 ainsi que du forfait journalier institué par l'article L. 174-4.

Pour les soins dispensés dans les établissements de santé, il verse les montants correspondants aux établissements concernés.

Dans les autres cas, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affiliée la personne détenue assure le paiement de l'intégralité des frais de soins auprès des professionnels de santé dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations. L'État rembourse à la caisse la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2.

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

Texte du projet de loi

2° Au premier alinéa du II, les mots : « aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2 due » sont remplacés par les mots : « à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 322-2 due » ;

3° Dans le même alinéa, après la référence à l'article L. 174-4, il est inséré le membre de phrase suivant : « et rembourse les montants correspondants à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au titre des paiements effectués par les caisses d'assurance maladie en application des dispositions du premier alinéa du I » ;

4° Les deuxième et troisième alinéas du II sont supprimés.

III. – Les dispositions du I et du 2° du II du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2015. Les dispositions des 1°, 3° et 4° du II entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p align="center">—</p> <p>Code de la santé publique</p>	<p align="center">CHAPITRE II Promotion de la prévention</p>	<p align="center">CHAPITRE II Promotion de la prévention</p>
<p>Art. L. 3121-1. – La lutte contre le virus de l’immunodéficience humaine et contre les infections sexuellement transmissibles relève de l’État.</p>	<p align="center">Article 33</p> <p>I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	<p align="center">Article 33</p>
<p>Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre d’une convention conclue avec l’État. Cette convention précise les objectifs poursuivis les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l’État, les données dont la transmission à l’État est obligatoire, les modalités d’évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine.</p>	<p>1° Le deuxième alinéa de l’article L. 3121-1 est supprimé ;</p>	
<p>Art. L. 3121-2. – Dans chaque département, le directeur général de l’agence régionale de santé désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l’infection par le virus de l’immunodéficience humaine ainsi que l’accompagnement dans la recherche de soins appropriés. Le directeur général de l’agence informe le représentant de l’État dans le département de cette désignation.</p>	<p>2° L’article L. 3121-2 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>« Art. L. 3121-2. – I. – Dans chacun des territoires de santé mentionnés à l’article L. 1434-16, le directeur général de l’agence régionale de santé habilite au moins un centre d’information, de dépistage et de diagnostic <u>gratuit</u> qui assure :</p>
<p>Ces consultations peuvent également être habilitées par le directeur général de l’agence régionale de santé à participer dans les mêmes conditions à la lutte contre d’autres maladies transmissibles, et notamment les hépatites virales.</p>	<p>« 1° La prévention, le dépistage et le diagnostic de l’infection par les virus de l’immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l’accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;</p>	<p>« Art. L. 3121-2. – I. – Dans au moins un centre <i>gratuit</i> d’information, de dépistage et de diagnostic qui assure :</p>
<p>En cas de nécessité thérapeutique et dans l’intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l’anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans</p>	<p>« 2° La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;</p>	<p>Amendement AS269</p>
	<p>« 3° La prévention des autres risques liés à la sexualité, notamment par la prescription d’une contraception.</p>	
	<p>« II. – Le centre assure une prise en charge anonyme ou non selon le choix exprimé par l’usager au moment de son accueil. En cas de nécessité thérapeutique ou à la demande de l’usager, le médecin peut</p>	

Texte en vigueur

des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé.

Les dépenses afférentes aux missions énoncées dans le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Art. L. 3121-2-1. – Les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles sont gratuites et anonymes lorsqu'elles sont exercées par des établissements ou organismes habilités dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article L. 3121-1.

En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé.

Texte du projet de loi

procéder à la levée de l'anonymat initialement choisi par l'usager, avec le consentement exprès, libre et éclairé de ce dernier.

« Les activités de vaccination et de prescription de contraception exercées par le centre ne font pas l'objet d'une prise en charge anonyme.

« III. – La gestion d'un centre peut être confiée à une collectivité territoriale, dans le cadre d'une convention conclue avec le directeur général de l'agence régionale de santé.

« IV. – Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au I sont prises en charge par le fonds d'intervention régional sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

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

3° L'article L. 3121-2-1 est abrogé.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	II. – L'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :	« Art. L. 174-16. – Les dépenses des centres <i>gratuits</i> d'information, de dépistage et de diagnostic prévus ...
Art. L. 174-16. – I. – Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 sont prises en charge dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14.	« Art. L. 174-16. – Les dépenses des centres d'information, de dépistage et de diagnostic <u>gratuit</u> prévus à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique s'imputent sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du même code et sont financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.	... annuelle.
II. – Les dépenses des consultations de dépistage prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et effectuées dans des structures autres que celles mentionnées au I sont prises en charge par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.	« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »	Amendement AS269
Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret.	III. – Les établissements de santé et les organismes qui sont actuellement désignés comme consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou habilités en tant que centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles ou qui relèvent d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article L. 3121-1 du code de la santé publique peuvent demander jusqu'au 30 avril 2015 leur habilitation en tant que centre d'information, de dépistage et de diagnostic <u>gratuit</u> en application de l'article L. 3121-2 du code de la santé publique.	III. – ...
L'agence régionale de santé dispose d'un délai de quatre mois pour statuer sur la demande d'habilitation. L'absence de réponse dans ce délai vaut rejet implicite de la demande. L'habilitation à fonctionner en tant que centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit prend effet au 1 ^{er} janvier 2016.	Jusqu'au 31 décembre 2015, les établissements et organismes précités, qu'ils aient ou non obtenu l'habilitation mentionnée à l'alinéa précédent, poursuivent leurs activités sous couvert des désignations, habilitations et conventions délivrées en	...en tant que centre <i>gratuit</i> d'information, de dépistage et de diagnostic en application de l'article L. 3121-2 du code de la santé publique.
		Amendement AS269

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Code de la santé publique</p> <p style="padding-left: 40px;">Troisième partie Lutte contre les maladies et dépendances Livre I^{er} Lutte contre les maladies transmissibles Titre I^{er} Lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles Chapitre I^{er} Vaccinations</p> <p>Art. L. 3111-11. – Les vaccinations réalisées par les établissements et organismes habilités dans des conditions définies par décret sont gratuites.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>application des dispositions législatives et réglementaires applicables avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi.</p> <p>À titre dérogatoire, une habilitation provisoire de deux ans peut être délivrée aux établissements et organismes qui ne sont pas en mesure au jour de l'habilitation d'effectuer l'ensemble des activités de centre d'information, de dépistage et de diagnostic <u>gratuit</u>, à la condition qu'ils s'engagent à mettre en œuvre les conditions nécessaires à l'exercice de l'ensemble des activités dans ce délai de deux ans. À l'expiration du délai, l'habilitation prend fin et ne peut être renouvelée au centre qui n'exerce pas l'intégralité des activités mentionnées à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique.</p> <p>IV. – Pour l'année 2015, les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles exercées par des établissements ou organismes habilités en application de l'article L. 3121-2-1 du code de la santé publique dans sa rédaction en vigueur avant la présente loi sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues au I de l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale.</p> <p>V. – Les dispositions du III et du IV du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2015. Les dispositions du I et du II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.</p> <p style="text-align: center;">Article 34</p> <p>I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 3111-11 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>À titre ...</p> <p style="padding-left: 40px;">... centre <i>gratuit</i> d'information, de dépistage et de diagnostic, à la condition ...</p> <p style="text-align: right;">... publique.</p> <p style="text-align: right;">Amendement AS269</p> <p style="text-align: center;">Article 34</p> <p style="text-align: center;"><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur

Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en matière de vaccination dans le cadre d'une convention conclue avec l'État. Cette convention précise les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'État, les données dont la transmission à l'État est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine. Les vaccinations réalisées en application de cette convention sont gratuites.

Art. L. 3112-3. – La vaccination, le suivi médical et la délivrance des médicaments sont gratuits lorsque ces actes sont réalisés par un établissement ou organisme habilité dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application des articles L. 3111-11 ou L. 3112-2.

Les dépenses afférentes au suivi médical et à la délivrance des médicaments sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, dans les conditions fixées par l'article L. 111-2 et le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.

Texte du projet de loi

« Les dépenses afférentes aux vaccins sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, dans les conditions fixées par le titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles et selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.

« La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 3112-3 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après les mots : « au suivi médical », sont insérés les mots : « , au vaccin » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Première partie Protection générale de la santé Livre I^{er} Protection des personnes en santé Titre I^{er} Droits des personnes malades et des usagers du système de santé Chapitre IV Participation des usagers au fonctionnement du système de santé</p>	<p>b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale ».</p> <p>II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.</p> <p>Article 35</p> <p>I. – Le chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1114-5 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 1114-5. – Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu à l'article L. 1114-1₁ et des organismes concourant à la promotion des droits des usagers du système de santé peuvent bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>Article 35</p> <p>« Art. L. 1114-5. – ...</p> <p>... L. 1114-1 au niveau national qui regroupent notamment des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu au même article au niveau national peuvent principalement bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> <p>« Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu à l'article L. 1114-1 au niveau national et l'école des hautes études en santé publique mentionnée à l'article 86 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique peuvent également bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. ».</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

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

1°) d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ;

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.

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

« Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixent chaque année, par arrêté, la liste des associations et organismes bénéficiaires et les montants qui leur sont alloués au titre du présent article. »

II. – À l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré, après le 9°, un 10° ainsi rédigé :

« 10° De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique. »

« Les ...

... la liste des bénéficiaires et les montants qui leur sont alloués au titre du présent article. »

Amendement AS268

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Livres I^{er} Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales Chapitre II Dispositions générales relatives aux soins</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE III Renforcement de la qualité et la proximité du système de soins</p> <p style="text-align: center;">Article 36</p> <p>I. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Après l'article L. 162-22-19, il est inséré un article L. 162-22-20 ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 2em;">« Art. L. 162-22-20. – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mesurés sous la forme d'un score calculé chaque année par établissement.</p> <p style="padding-left: 2em;">« Un décret en Conseil d'État précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul du score sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;</p> <p>2° Après l'article L. 162-30-2, il est inséré un article L. 162-30-3 ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 2em;">« Art. L. 162-30-3. – I. – Les établissements de santé mentionnés au 1° de l'article L. 162-22 pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'agence régionale de santé un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.</p> <p style="padding-left: 2em;">« La conformité aux référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins est appréciée, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, au moyens d'indicateurs dont les valeurs limites sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE III Renforcement de la qualité et la proximité du système de soins</p> <p style="text-align: center;">Article 36</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Le contrat d'amélioration des pratiques comporte des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un plan d'actions pour les atteindre et des indicateurs de suivi. Il porte sur les activités de l'établissement, ainsi que sur la coordination avec les autres professionnels et structures assurant la prise en charge des patients de l'établissement, susceptibles de présenter des risques pour la qualité de la prise en charge.

« Le contrat d'amélioration des pratiques est annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique. Il est conforme à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« II. – Chaque année, en cas d'écarts par rapport aux engagements contractuels, l'établissement est mis en mesure de présenter ses observations. En cas de manquement de l'établissement à ses obligations, l'agence régionale de santé peut prononcer à son encontre une pénalité versée à l'organisme local d'assurance maladie et correspondant à une fraction du montant des produits versés par l'assurance maladie, proportionnée à l'ampleur et à la gravité des manquements constatés et dans la limite de 1 % de ces produits.

« En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer au contrat, l'agence régionale de santé peut prononcer, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits reçus par l'établissement de santé des régimes obligatoires d'assurance maladie, au titre du dernier exercice clos.

« En cas ...

... clos. Dans des conditions définies par décret, le produit de la pénalité est versé sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. »

Amendement AS270

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, notamment la procédure applicable, la nature des risques faisant l'objet du contrat et mentionnés au troisième alinéa, la durée maximale du contrat et les modalités de calcul des pénalités mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas. »

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>Sixième partie Établissements et services de santé Livres I^{er} Établissements de santé Titre I^{er} Organisation des activités des établissements de santé Chapitre I^{er} Missions des établissements de santé</p>	<p>II. – Les dispositions du 1^o du I entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Jusqu’au 31 décembre 2015, seuls les établissements de santé volontaires dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont éligibles à un financement complémentaire portant sur l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par le biais de la dotation définie à l’article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Article 37</p> <p>I. – Au chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, après l’article L. 6111-3, il est inséré un article L. 6111-3-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 6111-3-1. – I. – Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l’offre de soins de premier recours dans les territoires qu’ils desservent. Ils permettent aux patients qui s’adressent à eux d’accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu’ils développent, et assurent, en cas de nécessité, leur orientation vers des structures dispensant des soins de second recours.</p> <p>« II. – Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine. Ils n’exercent pas d’activité de chirurgie ou d’obstétrique.</p> <p>« Le volume de leur activité de médecine n’excède pas un seuil défini dans des conditions fixées par décret en Conseil d’État.</p> <p>« III. – Pour chaque région, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l’agence régionale de santé, la liste des hôpitaux de proximité au regard des besoins de la population et de l’offre de soins dans la région.</p>	<p>Article 37</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p style="text-align: center;">Livres I^{er}</p> <p>Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p style="text-align: center;">Titre VI</p> <p>Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</p> <p style="text-align: center;">Chapitre II</p> <p>Dispositions générales relatives aux soins</p> <p style="text-align: center;">Section 5</p> <p style="text-align: center;">Établissements de santé</p> <p style="text-align: center;">Sous-section 3</p> <p>Frais d'hospitalisation remboursés sur la base de tarifs nationaux</p>	<p style="text-align: center;">« IV. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de révision de la liste mentionnée au III. »</p> <p style="text-align: center;">II. – À la sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-22-8-1, il est inséré un article L. 162-22-8-2 ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 162-22-8-2. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, les activités de médecine, exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, bénéficient d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1^o de l'article L. 162-22-10 du présent code et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »</p> <p style="text-align: center;">III. – Pour l'année 2015, et par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale créé par le présent article, la part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine exercées par les établissements de santé relevant, avant l'entrée en vigueur de loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, des règles applicables aux hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la même loi, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale et comprise dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du même code. Le montant de cette dotation est modulé en fonction de l'activité de l'établissement, mesurée par les données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Code de la santé publique	Article 38	Article 38
	<p>I. – Après l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-4-3 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 1435-4-3. – I. – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire sur la base duquel il perçoit une rémunération forfaitaire lorsqu'il interrompt son activité médicale pour cause de maternité ou de paternité sans bénéficiaire de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du même code.</p> <p>« Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage pendant une durée fixée par le contrat qui ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois :</p> <p>« 1° À respecter les tarifs opposables ou, lorsqu'il est autorisé à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à limiter ses dépassements d'honoraires ;</p> <p>« 2° À exercer une activité médicale libérale dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée, pour la spécialité qu'il exerce, par une offre médicale</p>	<p style="text-align: center;"><i>Article 37 bis</i></p> <p><i>I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement de la réduction des durées d'hospitalisation par la mise en place de dispositifs d'hébergement des patients préalablement ou postérieurement à leur hospitalisation. Le financement des frais d'hébergement est assuré par l'assurance maladie. Le financement des frais de fonctionnement relève du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.</i></p> <p><i>II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article.</i></p> <p style="text-align: center;">Amendement AS279</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Première partie Protection générale de la santé Livre IV Administration générale de la santé Titre III Agences régionales de santé Chapitre V Modalités et moyens d'intervention des agences régionales de santé Section 2 Contractualisation avec les offreurs de services de santé</p>	<p>insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;</p> <p>« 3° À se faire remplacer pendant toute la période de cessation de son activité en cas d'interruption pour cause de maternité ou de paternité ;</p> <p>« 4° À ne pas être lié par un contrat de praticien territorial de médecine générale mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code.</p> <p>« II. – Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, <u>la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins.</u></p> <p>« III. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article et notamment les règles limitant les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels. »</p> <p>II. – Un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire ne peut être conclu que par un médecin dont l'installation en cabinet libéral dans une zone mentionnée au 2° du I de l'article L. 1435-4-3 du code de la santé publique est postérieure au 31 décembre 2014.</p> <p>Article 39</p> <p>À la section 2 du chapitre V du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, après l'article L. 1435-4-3 créé par la présente loi, il est inséré un article L. 1435-4-4 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 1435-4-4. – I. – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles</p>	<p>« II. – Le contrat ...</p> <p>... d'exercice des actions d'amélioration ...</p> <p>... des soins.</p> <p>Amendement AS282</p>

Article 39
(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et spécialisé en médecine générale, un contrat sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de médecin généraliste. La durée du contrat, qui est fixée par ce dernier, ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois.

« Le médecin bénéficie de cette rémunération s'il satisfait à l'ensemble des conditions suivantes :

« 1° Exercer dans un territoire isolé ;

« 2° Avoir une activité marquée par une forte saisonnalité ;

« 3° Avoir un revenu tiré de son activité régie par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale inférieur à un seuil fixé par rapport au revenu moyen pour la même spécialité ;

« 4° Respecter les tarifs opposables ;

« 5° Ne bénéficier ni du dispositif mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code ni des mesures prévues au 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

« II. – Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur des actions de prévention, des actions destinées à favoriser l'accès aux soins, la continuité de la coordination des soins ou la permanence des soins, ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins et de formation en faveur d'étudiants ou d'internes en médecine comme de professionnels non médicaux.

« III. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les critères caractérisant le territoire isolé, liés à sa situation géographique et à la densité de population des zones dans lesquelles exercent les médecins qui y sont installés, ainsi que le seuil de revenu mentionné au 3° du I. »

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

—

—

—

Première partie
Protection générale de la santé
Livre IV
Administration générale de la santé
Titre III
Agences régionales de santé
Chapitre II
Organisation et fonctionnement des
agences régionales de santé

Art. L. 1432-3. – I. – Le conseil
de surveillance de l'agence régionale de
santé est composé :

Article 40

I. – Le chapitre II du titre III du
livre IV de la première partie du code de la
santé publique est ainsi modifiée :

Article 40
(Sans modification)

1° De représentants de l'État ;

2° De membres des conseils et
conseils d'administration des organismes
locaux d'assurance maladie de son
ressort dont la caisse nationale désigne
les membres du conseil de l'Union
nationale des caisses d'assurance
maladie. Pour les organismes relevant du
régime général, ces membres sont
désignés par des organisations syndicales
de salariés et des organisations
professionnelles d'employeurs reconnues
représentatives au niveau national et
interprofessionnel au sens de l'article
L. 2122-9 du code du travail ;

3° De représentants des collectivités
territoriales ;

4° De représentants des patients,
des personnes âgées et des personnes
handicapées, ainsi qu'au moins d'une
personnalité choisie à raison de sa
qualification dans les domaines de
compétence de l'agence.

Des membres du conseil peuvent
disposer de plusieurs voix.

Des représentants des personnels
de l'agence, ainsi que le directeur
général de l'agence, siègent au conseil
de surveillance avec voix consultative.

Le conseil de surveillance est
présidé par le représentant de l'État dans
la région.

Texte en vigueur

Le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, sur proposition du directeur général ; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.

Il approuve le compte financier.

Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'État, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé concernée.

Il lui transmet également un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé placés sous administration provisoire.

II. – Nul ne peut être membre du conseil de surveillance :

.....

Art. L. 1432-5. – Le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.

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

Texte du projet de loi

1° Au neuvième alinéa de l'article L. 1432-3, les mots : « le budget » sont remplacés par les mots : « le budget et le budget annexe » et les mots : « le rejeter » sont remplacés par les mots : « les rejeter » ;

2° L'article L. 1432-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un budget annexe régi par les mêmes dispositions est établi pour la gestion des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8, qui sont délégués à l'agence. » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>1° Une subvention de l'État ;</p> <p>2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;</p> <p>3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ;</p> <p>4° Des ressources propres, dons et legs ;</p> <p>5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.</p>	<p>3° À l'article L. 1432-6, il est inséré, après le sixième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 6° Des crédits délégués par les fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8. »</p>	
<p>Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.</p>	<p>II. – La section 5 du chapitre V du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :</p>	
<p>Première partie Protection générale de la santé Livre IV Administration générale de la santé Titre III Agences régionales de santé Chapitre V Modalités et moyens d'intervention des agences régionales de santé Section 5 Fonds d'intervention régional</p>	<p>1° Les neuf premiers alinéas de l'article L. 1435-8 sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :</p>	
<p>Art. L. 1435-8. – Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :</p>	<p>« Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :</p>	
<p>1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 ;</p>	<p>« 1° À la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes et des pertes d'autonomie ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;</p>	<p>« 2° À l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;</p>	
<p>3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;</p>	<p>« 3° À la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;</p>	
<p>4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1 et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;</p>	<p>« 4° À l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;</p>	
<p>5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;</p>	<p>« 5° Au développement de la démocratie sanitaire. » ;</p>	
<p>6° La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;</p>		
<p>7° La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets ;</p>		
<p>8° La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes.</p>		
<p>Les financements alloués aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux au titre du fonds d'intervention régional ainsi que les engagements pris en contrepartie sont inscrits et font l'objet d'une évaluation dans le cadre des contrats pluriannuels</p>		

Texte en vigueur

d'objectifs et de moyens mentionnés, respectivement, à l'article L. 6114-2 du présent code et à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

Art. L. 1435-9. – Les ressources du fonds sont constituées par :

1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il peut être révisé en cours d'année pour tenir compte des transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;

2° Une dotation de l'État ;

3° Le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.

Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :

a) Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ;

b) Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

Art. L. 1435-10. – Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

Texte du projet de loi

2° Au septième alinéa de l'article L. 1435-9, après les mots : « des maladies », sont insérés les mots : « , des traumatismes » et au huitième alinéa du même article, les mots : « des handicaps et de la perte » sont remplacés par les mots : « des pertes d'autonomie » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.</p>	<p>3° Les trois derniers alinéas de l'article L. 1435-10 sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :</p>	
<p>La gestion comptable et financière du fonds est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle peut déléguer une partie de ses crédits aux agences régionales de santé.</p>	<p>« Les crédits du fonds, délégués aux agences régionales de santé, sont gérés dans le cadre des budgets annexes prévus à l'article L. 1432-5. Le paiement des dépenses des budgets annexes des agences régionales de santé peut être confié, par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, à un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire de l'assurance maladie lorsque les sommes sont directement versées aux professionnels de santé.</p>	
<p>Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par le fonds sont prescrites à son profit au 31 décembre du quatrième exercice suivant dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>« Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant dans la limite d'un plafond. Les crédits non consommés, qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant en raison de ce plafonnement, peuvent être reversés à l'État, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans des conditions et limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.</p>	
<p>En vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions</p>	<p>« En vue d'assurer un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, le ministre chargé de la santé est informé de l'exécution des budgets annexes dans des conditions fixées par décret. Un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.</p>	<p>avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale. »</p>	
Code de la sécurité sociale	<p>III. – Les dispositions du I et du 2° du II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.</p>	
Livres I ^{er}	Article 41	Article 41
Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base	Le titre VI du livre I ^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	
Titre VI	1° Le 1° de l'article L. 161-37 est ainsi modifié :	
Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales	a) Après les mots : « les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation », sont insérés les mots : « des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8, » ;	
Art. L. 161-37. – La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :	b) Après les mots : « en raison notamment », sont insérés les mots : « de l'amélioration du service attendu de l'acte, » ;	
1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'État précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;		

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

En l'absence de décision 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.

2° L'article L. 162-1-7-1 est ainsi modifié :

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

« L'Union nationale des caisses de l'assurance maladie fait connaître aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, 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, les motifs de l'absence de décision d'inscription :

« 1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé 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 ;

« 2° Des actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;

« 3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé, ou étant susceptible d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie.

« L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° fait l'objet d'une évaluation médico-économique réalisée par la Haute Autorité de santé. » ;

b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>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.</p>	<p>« Les actes mentionnés au 3° du présent article demeurent pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. » ;</p>	
<p>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 et 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, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation de cet acte.</p>	<p>c) Au troisième alinéa, les mots : « l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte » sont remplacés par les mots : « l'amélioration du service attendu de l'acte et les conditions de réalisation de l'évaluation médico-économique par la Haute Autorité de santé » ;</p> <p>3° L'article L. 162-1-8 est ainsi modifié :</p> <p>a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>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</p>	<p>« 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 et de l'évaluation mentionnée au cinquième alinéa du présent article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte dont le service attendu est suffisant, lorsqu'il appartient à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1°, 2° ou 3° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article.</p>	
	<p>« L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 162-1-7-1 est évalué par la Haute Autorité de santé. » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>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.</p>	<p>b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>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.</p>	<p>« Dans le cas prévu au 3°, l'acte reste pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. » ;</p>	
<p>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.</p>	<p>c) Au dernier alinéa, les mots : « de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte » sont remplacés par les mots : « des critères mentionnés aux 1° à 3° » ;</p>	
<p>Art. L. 165-1-1. – Tout produit, prestation ou acte innovant peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale relevant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-9. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé. L'arrêté fixe le forfait de prise en charge par patient, le nombre de patients concernés, la durée de prise en charge, les conditions particulières d'utilisation, la liste des établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ce forfait, et détermine les études auxquelles la mise en œuvre du traitement innovant doit donner lieu, ainsi que les modalités</p>	<p>4° <u>La première phrase de</u> l'article L. 165-1-1 est ainsi rédigée :</p>	<p>4° L'article L. 165-1-1 est ainsi modifié :</p>
	<p>« Tout produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ou acte innovant présentant un impact clinique ou médico-économique <u>majeur</u> peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale <u>par l'assurance maladie</u> conditionnée à la réalisation d'une étude <u>comparative</u> clinique et médico-économique. »</p>	<p>« a) <i>La première phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées</i> : « Tout produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ou acte innovant <i>susceptible de présenter un bénéfice</i> clinique ou médico-économique peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique. <i>Le caractère innovant est notamment apprécié par son degré de nouveauté, son niveau de diffusion, de caractérisation des risques pour le patient et sa capacité potentielle à répondre significativement à un besoin médical pertinent et/ou à réduire significativement les dépenses de santé.</i> » ;</p>

Texte en vigueur

d'allocation du forfait aux établissements de santé. Cet arrêté peut préciser leurs modalités d'identification dans les systèmes d'information hospitaliers. Le forfait inclut la prise en charge de l'acte et des frais d'hospitalisation associés et, le cas échéant, la prise en charge du produit ou de la prestation. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2, les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé.

Livre I^{er}
Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
Titre VI
Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales
Chapitre II
Dispositions générales relatives aux soins

Art. L. 162-1-17. – Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation

Texte du projet de loi

CHAPITRE IV
Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

Article 42

Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-1-17 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 162-1-17. – En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés

Propositions de la Commission

« b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les critères d'éligibilité et la procédure d'accès sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Amendement AS272

CHAPITRE IV
Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

Article 42

« Art. L. 162-1-17. – ...

Texte en vigueur

mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code. Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret.

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 prescripteurs 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. Cette mise sous accord préalable s'effectue, 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.

Texte du projet de loi

par un établissement de santé.

« La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :

« 1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;

« 2° Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;

« 3° Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;

« 4° Une proportion élevée d'actes, prestations ou prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

« Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de sa mise sous accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou prestations ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière dans les conditions prévues au cinquième alinéa du II de l'article L. 162-30-3.

Propositions de la Commission

... santé. *La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret.*

Amendement AS277

Texte en vigueur

Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisées.

Texte du projet de loi

« Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités. » ;

2° Après l'article L. 162-30-2, il est inséré un article L. 162-30-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-30-3. – I. – L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations retenues dans les programmes nationaux de gestion du risque mentionnés à l'article L. 182-2-1-1.

« Ce plan d'actions précise également les critères retenus pour identifier les établissements de santé faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins prévu au II du présent article et ceux faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable définie à l'article L. 162-1-17. Ces critères tiennent compte notamment des référentiels établis par la Haute Autorité de santé et des écarts constatés entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales observées pour une activité comparable.

« Le plan d'actions défini au présent I est intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque mentionné à l'article L. 1434-14 du code de la santé publique.

« II. – Le directeur de l'agence régionale de santé conclut avec les établissements de santé identifiés dans le cadre du plan d'actions défini au I et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la pertinence des soins, d'une durée maximale de deux ans.

« Ce contrat comporte des objectifs qualitatifs d'amélioration de la pertinence des soins.

« Le contrat comporte, en outre, des objectifs quantitatifs lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, procède à l'une des constatations suivantes :

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 1° Soit un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;

« 2° Soit une proportion élevée d'actes, prestations ou prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

« La réalisation des objectifs fixés au contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non réalisation de ces objectifs, le directeur de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, engager la procédure de mise sous accord préalable mentionnée à l'article L. 162-1-17 au titre du champ d'activité concerné par les manquements constatés ou prononcer une sanction pécuniaire, correspondant au versement à l'organisme local d'assurance maladie d'une fraction des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité concernée par ces manquements. Lorsque les manquements constatés portent sur des prescriptions, la pénalité correspond à une fraction du montant des dépenses imputables à ces prescriptions. Le montant de la pénalité est proportionné à l'ampleur des écarts constatés et ne peut dépasser 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer à ce contrat, le directeur de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« En cas ...

... clos. Dans des conditions définies par décret, le produit de la pénalité est versé sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Amendement AS273

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« III. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités selon lesquelles est évaluée l'atteinte des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins. »

Article 42 bis

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} juillet 2015, un rapport portant sur la diffusion des actions relatives à la pertinence des soins au sein des équipes médicales hospitalières. Il évalue notamment les moyens consacrés à la diffusion des bonnes pratiques tant en termes de formation continue que de demi-journées rémunérées au titre d'activités d'intérêt général.

Ce rapport évalue également la faisabilité de l'extension, aux actions de pertinence des soins, de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle mentionnée à l'article L. 4135-1 du code de la santé publique.

Amendement AS280

Article 43

Article 43

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

(Sans modification)

Art. L. 165-1. – Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de

1° Après le premier alinéa de l'article L. 165-1, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

Texte en vigueur

conditions particulières de prescription et d'utilisation.

Texte du projet de loi

« L'inscription sur la liste mentionnée à l'alinéa précédent des produits répondant pour tout ou partie à des descriptions génériques particulières peut être subordonnée au dépôt auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par les fabricants, leurs mandataires ou distributeurs, d'une déclaration de conformité aux spécifications techniques des descriptions génériques concernées. L'inscription de ces produits sur la liste prend la forme d'une description générique renforcée permettant leur identification individuelle. La déclaration de conformité est établie par un organisme compétent désigné à cet effet par l'agence précitée.

« La liste des descriptions génériques renforcées mentionnées à l'alinéa précédent est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale selon une procédure et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État compte tenu de l'intérêt pour la santé publique que présentent les produits relevant de ces descriptions ou de leur incidence sur les dépenses de l'assurance maladie. » ;

Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixées par décret en Conseil d'État.

La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.

Art. L. 165-2. – Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

Art. L. 165-3. – I. – Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à

Texte du projet de loi

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 165-2, après les mots : « inscrits par description générique », sont insérés les mots : « ou par description générique renforcée » ;

3° Au second alinéa du I de l'article L. 165-3, après les mots : « inscrits par description générique », sont insérés les mots : « ou par description générique renforcée ».

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

II. —

II. — Les dispositions du présent article s'appliquent aux produits qui répondent aux descriptions génériques particulières prévues par les dispositions de l'article L. 165-1 introduites par la présente loi à compter de leur entrée en vigueur et qui font l'objet à compter de cette date d'une inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Elles s'appliquent également, à compter de la même date et dans des conditions prévues par le décret en Conseil d'État mentionné au troisième alinéa de ce même article, aux produits qui répondent aux descriptions génériques particulières précitées et qui sont inscrits sur ladite liste.

Article 44

Article 44

I. — Après l'article L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 162-22-7-2 ainsi rédigé :

(Sans modification)

« Art. L. 162-22-7-2. — Les tarifs nationaux mentionnés au 1^o du I de l'article L. 162-22-10 applicable aux prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 répondant aux conditions définies au deuxième alinéa du présent article, sont minorés d'un montant forfaitaire, lorsqu'au moins une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7 est facturée en sus de cette prestation. Ce montant forfaitaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« La minoration forfaitaire s'applique aux prestations d'hospitalisation, pour lesquelles la fréquence de prescription de spécialités pharmaceutiques de la liste précitée est au moins égale à 25 % de l'activité afférente à ces prestations et lorsque ces spécialités pharmaceutiques représentent au moins 15 % des dépenses totales afférentes aux spécialités inscrites sur cette même liste.

« La liste des prestations d'hospitalisation concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Texte en vigueur

Art. L. 322-5. – Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire.

Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.

Texte du projet de loi

« Le montant de la minoration ne peut en aucun cas être facturé aux patients. »

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} mars 2015.

Article 45

L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis, lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné, sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Propositions de la Commission

Article 45

(Sans modification)

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 162-16-5. – Le prix de cession au public des spécialités disposant d’une autorisation de mise sur le marché, de l’autorisation d’importation parallèle en application de l’article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l’autorisation mentionnée à l’article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l’article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l’entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s’ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l’économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.</p>	<p>CHAPITRE V</p> <p>Paiement des produits de santé à leur juste prix</p> <p>Article 46</p> <p>L’article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est précédé de la mention : « I » ;</p>	<p>CHAPITRE V</p> <p>Paiement des produits de santé à leur juste prix</p> <p>Article 46</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>À défaut de déclaration ou en cas d’opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par décision du Comité économique des produits de santé et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l’inscription de la spécialité sur la liste prévue à l’article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l’obtention de l’autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l’obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente</p>		

Texte en vigueur

prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament, de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.

Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'État précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° L'article est complété par un II ainsi rédigé :

« II. – Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, au prix de cession fixé en application du deuxième alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Livres I^{er} Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</p>	<p>prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée. »</p> <p style="text-align: center;">Article 47</p> <p>I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p style="text-align: center;">A. – Le I de l'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :</p> <p style="text-align: center;">1° Le premier alinéa est ainsi modifié :</p> <p style="text-align: center;">a) La première phrase est ainsi modifiée :</p> <p style="text-align: center;">- les mots : « est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé » sont remplacés par les mots : « est fixé par convention entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé » ;</p> <p style="text-align: center;">- elle est complétée par les mots : « au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours suivant la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public. » ;</p> <p style="text-align: center;">b) La deuxième phrase est remplacée par la phrase suivante :</p> <p style="text-align: center;">« À défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés ci-dessus, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivants. » ;</p>	<p style="text-align: center;">Article 47</p> <p style="text-align: center;"><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Art. L. 162-16-6. – I. – Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier. À défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par décision du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique, de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>L. 5123-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique.</p>	<p>c) À la troisième phrase, les mots : « à la décision du » sont remplacés par les mots : « au tarif publié par le » et le mot : « décision » est remplacé par le mot : « publication » ;</p>	
<p>En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.</p>	<p>2° Le troisième alinéa est ainsi modifié :</p>	
<p>Un accord conclu à cet effet entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'État précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.</p>	<p>a) Les mots : « à cet effet » sont supprimés ;</p>	
	<p>b) Les mots : « la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, » sont remplacés par le mot : « notamment » ;</p>	
	<p>c) Le mot : « prix » est remplacé par le mot : « tarif ».</p>	
<p>Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p>		
<p>II. – Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>		
<p>Art. L. 162-22-7. – I. – L'État fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui</p>	<p>B. – Au premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, après les mots : « l'État fixe », sont insérés les mots : « sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, ».</p>	

Texte en vigueur

peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. 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.

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

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

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

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

La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés.

II. —

Art. L. 165-2. – Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

Texte du projet de loi

C. – L'article L. 165-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La publication du tarif des produits ou prestations mentionnées à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours suivant la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public. »

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent à la prise en charge, au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, des spécialités pharmaceutiques ou produits et prestations pour lesquels le dernier avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ou de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale a été rendu public postérieurement au 1^{er} janvier 2015. La prise en charge, au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 précité, des spécialités pharmaceutiques ou produits et prestations pour lesquels les avis mentionnés au précédent alinéa ont été rendus publics avant le 1^{er} janvier 2015 demeure régie par les dispositions législatives dans leur rédaction en vigueur avant cette date.

CHAPITRE VI

Amélioration de l'efficience de la dépense des établissements de santé

Article 48

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 162-22-2, il est inséré un article L. 162-22-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-2-1 – I. – Lors de la détermination annuelle de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, une part de son montant peut être affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation mise en réserve, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Cette part peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.

« II. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux

CHAPITRE VI

Amélioration de l'efficience de la dépense des établissements de santé

Article 48

(Sans modification)

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 162-22-3. – I. – Chaque année, l'État détermine :</p>	<p>établissements de santé mentionnés au d et au e de l'article L. 162-22-6, tout ou partie de la dotation mise en réserve en application du I, en fonction des montants versés par l'assurance maladie à chacun de ces établissements au titre de l'année pour laquelle l'objectif a été fixé.</p> <p>« La part de la dotation ainsi versée peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.</p> <p>« III. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;</p>	
<p>1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1, selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2. Ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales ;</p>	<p>2° Au 1° du I de l'article L. 162-22-3, après les mots : « l'article L. 162-22-2 », sont ajoutés les mots : « et au I de l'article L. 162-22-2-1 » ;</p>	
<p>2° Les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être allouées aux établissements par les agences régionales ;</p>		
<p>3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1.</p>		
<p>Art. L. 162-22-5. – I. – Les tarifs des prestations afférents aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.</p>		
<p>Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1^{er} mars de l'année en cours.</p>		
<p>II. – L'État fixe les tarifs de responsabilité applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements</p>	<p>3° Le II de l'article L. 162-22-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	

Texte en vigueur

de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6.

Art. L. 174-15. – Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26.

Les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnées aux articles visés au premier alinéa sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.

Texte du projet de loi

« Ces tarifs sont établis en prenant en compte les effets de la constitution de la dotation mise en réserve en vertu du I de l'article L. 162-22-2-1. » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-9-1, ».

Propositions de la Commission

Article 48 bis

I. – Afin de déployer les actions de coopération et de mutualisation indispensables à l'amélioration de l'efficacité, l'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, les établissements de santé publics situés sur un même ressort territorial à établir une coopération renforcée sur la base d'une convention approuvée par l'agence régionale de santé dont ils relèvent. Cette coopération renforcée est dénommée : « groupement hospitalier de territoire ».

Le groupement hospitalier de territoire élabore un projet médical

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 254-2. – Les établissements de santé facturent à la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale la part des dépenses prises en charge par l'État pour les soins dispensés au titre des articles L. 251-1 et L. 254-1.

Code de la sécurité sociale

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

Article 49

I. – À l'article L. 254-2 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « au titre des articles L. 251-1 et L. 254-1 », sont insérés les mots : « dans le délai mentionné à l'article L. 253-3 ».

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

1° L'article L. 162-22-11 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « l'aide médicale de

partagé mettant l'accent sur la notion de filières graduées de soins, complétées d'un volet sur le recours, et d'un volet proximité. Il permet la mise en commun des activités support et logistiques pour l'ensemble des établissements qui le composent. Le projet médical de territoire porté par le groupe hospitalier de territoire, ainsi que le projet de fonctions mutualisées font l'objet d'un contrat d'objectif signé entre le groupement hospitalier de territoire et l'agence régionale de santé dont il relève.

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

Amendement AS274

Article 49

(Sans modification)

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>l'État », sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;</p>	
<p>Art. L. 162-22-11-1. – Pour la prise en charge, dans le cadre des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, les tarifs des prestations d'hospitalisation sont basés, selon un mode de calcul fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, sur :</p>	<p>b) Les mots : « de l'article L. 251-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 » ;</p> <p>2° Le premier alinéa de l'article L. 162-22-11-1 est ainsi modifié :</p>	
<p>1° Une fraction, au moins égale à 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du présent code ;</p>	<p>a) Après les mots : « l'aide médicale de l'État », sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;</p>	
<p>2° Pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une fraction au plus égale à 20 % des tarifs permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) ;</p>	<p>b) Les mots : « de l'article L. 251-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 ».</p>	
<p>3° Un coefficient permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients.</p>		
<p>La facturation de la prise en charge de ces patients tient également compte :</p>		
<p>a) Des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;</p>		
<p>b) Du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4.</p>		

Texte en vigueur

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

Art. 33. – II. – Jusqu’au 31 décembre 2015, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l’article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l’article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l’article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. Ces tarifs servent également à l’exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d’un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi qu’à la facturation des soins et de l’hébergement des patients non couverts par un régime d’assurance maladie, sous réserve des dispositions de l’article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l’exception des patients bénéficiant de l’aide médicale de l’État en application de l’article L. 2511 du code de l’action sociale et des familles.

Texte du projet de loi

III. - Le II de l’article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :

1° Après les mots : « l’aide médicale de l’État », sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;

2° Les mots : « de l’article L. 251-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 ».

IV. – Le présent article s’applique aux prestations réalisées à compter du 1^{er} janvier 2015. Pour les prestations réalisées antérieurement à cette date, le délai dans lequel les demandes en paiement doivent être présentées sous peine de forclusion continue de courir jusqu’au terme prévu en application de l’article L. 2224 du code civil, sans pouvoir excéder le 31 décembre 2016.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code de la santé publique</p> <p style="text-align: center;">Livres I^{er} Protection des personnes en matière de santé Titre IV Réparation des conséquences des risques sanitaires Chapitre II Risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé Section 1 Principes généraux</p>	<p style="text-align: center;">CHAPITRE VII Autres mesures</p> <p style="text-align: center;">Article 50</p> <p>I. – La section 1 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 1142-3-1 ainsi rédigé :</p>	<p style="text-align: center;">CHAPITRE VII Autres mesures</p> <p style="text-align: center;">Article 50</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Art. L. 1221-8. – Peuvent être préparés à partir du sang ou de ses composants :</p>	<p>« Art. L. 1142-3-1. – I – Le dispositif de réparation des préjudices des patients au titre de la solidarité nationale mentionné au II de l'article L. 1142-1, à l'article L. 1142-1-1 et à l'article L. 1142-15 n'est pas applicable aux demandes d'indemnisation de dommages imputables à des actes dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi.</p> <p>« II. – Toutefois, le recours aux commissions mentionnées à l'article L. 1142-5 exerçant dans le cadre de leur mission de conciliation reste ouvert aux patients ayant subi des dommages résultant des actes mentionnés au I. »</p> <p>II. – Le présent article s'applique aux demandes d'indemnisation postérieures au 31 décembre 2014.</p> <p style="text-align: center;">Article 51</p> <p>Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	<p style="text-align: center;">Article 51</p>
<p>1° Des produits sanguins labiles, comprenant notamment le sang total, le plasma et les cellules sanguines d'origine humaine. A l'exception des produits sanguins labiles destinés à des recherches biomédicales, seuls peuvent</p>	<p>1° L'article L. 1221-8 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au 1°, après le mot : « plasma », sont ajoutés les mots : « dans la production duquel n'intervient pas un processus industriel, quelle que soit sa finalité » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>être distribués ou délivrés à des fins thérapeutiques, les produits sanguins labiles dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décision de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, après avis de l'Établissement français du sang, et publiée au Journal officiel de la République française ;</p>	<p>b) Après le 2°, il est inséré un 2° bis ainsi rédigé :</p>	
<p>2° Des pâtes plasmatiques ;</p>	<p>« 2° bis Du plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel, régi par les dispositions du livre I^{er} de la cinquième partie ; »</p>	
<p>3° Des produits stables préparés industriellement, qui constituent des médicaments dérivés du sang et qui sont régis par les dispositions du livre Ier de la partie V ;</p>	<p>c) Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>4° Des réactifs de laboratoire dont les conditions de mise sur le marché sont fixées par le titre II du livre II de la cinquième partie ;</p>	<p>« 3° Des médicaments issus du fractionnement du plasma régis par les dispositions du livre I^{er} de la cinquième partie ; »</p>	
<p>5° Des produits cellulaires à finalité thérapeutique mentionnés à l'article L. 1243-1 ;</p>		
<p>6° Des produits thérapeutiques annexes tels que définis à l'article L. 1261-1 ;</p>		
<p>7° Des excipients à usage pharmaceutique et des substances utilisées lors de la fabrication d'un médicament mais n'entrant pas dans sa composition.</p>		
<p>Le sang et ses composants, qu'ils aient ou non été prélevés dans des établissements de transfusion sanguine, peuvent également être utilisés pour effectuer les contrôles de qualité des examens de biologie médicale ainsi que pour la réalisation et le contrôle des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, ou pour effectuer sur les produits préparés à partir du sang ou de ses composants les expertises et les contrôles techniques réalisés par</p>		

Texte en vigueur

l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application du 1° de l'article L. 5311-2. Les principes mentionnés aux articles L. 1221-3, L. 1221-4 et L. 1221-6 sont également applicables dans ce cas.

Art. L. 1221-9. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les tarifs de cession des produits sanguins labiles.

Pour la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et La Réunion et pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, un arrêté des ministres chargés de l'outre-mer, de la santé et de la sécurité sociale peut déterminer des majorations aux tarifs fixés en application de l'alinéa précédent. Ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans chacun de ces départements, grèvent le coût des produits sanguins labiles par rapport à leur coût en métropole.

Art. L. 1221-10. – Les produits sanguins labiles destinés à une utilisation thérapeutique directe sont conservés, en vue de leur distribution et de leur délivrance, dans les établissements de transfusion sanguine. Peuvent également conserver ces produits en vue de leur délivrance les établissements de santé autorisés à cet effet par l'autorité administrative après avis de l'Établissement français du sang dans des conditions définies par décret et les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 autorisés selon la même procédure et dans des conditions définies par décret. Les produits sanguins labiles restent sous la

Texte du projet de loi

2° Le premier alinéa de l'article L. 1221-9 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les tarifs :

« a) De cession des produits sanguins labiles à l'exception des plasmas à finalité transfusionnelle ;

« b) De conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des plasmas à finalité transfusionnelle relevant du 1° ou du 2° bis de l'article L. 1221-8 par les établissements de transfusion sanguine. » ;

3° L'article L. 1221-10 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est précédé de la référence : « I » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

surveillance d'un médecin ou d'un pharmacien. Un décret précise la section de l'ordre national des pharmaciens dont ce pharmacien doit relever.

La délivrance de produits sanguins labiles ne peut être faite que sur ordonnance médicale.

Art. L. 1221-10-2. – Toute violation dans un établissement de santé et du fait de celui-ci des prescriptions législatives et réglementaires relatives à la conservation des produits sanguins labiles en vue de leur délivrance ainsi que des termes de l'autorisation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 1221-10 entraîne la suspension ou le retrait par l'autorité administrative de cette autorisation. Cette suspension ou ce retrait ne peut intervenir qu'après mise en demeure adressée au directeur de l'établissement de santé de prendre toutes mesures propres à remédier à la violation ou au manquement constaté, ou de fournir toutes explications nécessaires. Cette mise en demeure est faite par écrit par l'autorité compétente et fixe un délai d'exécution ou de réponse qui ne peut excéder un mois.

En cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes, une suspension de l'autorisation peut être prononcée à titre conservatoire par l'autorité compétente.

Art. L. 1221-13. – L'hémovigilance a pour objet l'ensemble des procédures de surveillance et d'évaluation des incidents, ainsi que des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de produits sanguins labiles. Elle porte sur

Texte du projet de loi

b) Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Par dérogation aux dispositions des articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des plasmas mentionnés au 2° bis de l'article L. 1221-8 sont effectuées soit par un établissement de transfusion sanguine, soit par un établissement de santé autorisé à cet effet dans des conditions définies par décret. » ;

4° À l'article L. 1221-10-2, après les mots : « produits sanguins labiles », sont ajoutés les mots : « et les plasmas mentionnés au 2° bis de l'article L. 1221-8 » ;

5° L'article L. 1221-13 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « produits sanguins

Propositions de la Commission

a) À la première phrase ...

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>l'ensemble de la chaîne transfusionnelle allant de la collecte des produits sanguins labiles jusqu'au suivi des receveurs. L'hémovigilance comprend également le suivi épidémiologique des donneurs.</p>	<p>labiles », sont ajoutés les mots : « et de plasma mentionné au 2° bis de l'article L. 1221-8, ce dernier produit demeurant également soumis aux articles L. 5121-22 et suivants. » ;</p>	<p>... soumis <i>au chapitre I^{er} bis du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du présent code. » ;</i></p>
<p>Les personnes qui ont à connaître de ces informations sont tenues au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.</p>	<p>b) Au dernier alinéa, après les mots : « produits sanguins labiles », sont insérés les mots : « et du plasma mentionné au 2° bis de l'article L. 1221-8 » ;</p>	<p>Amendement AS276</p>
<p>Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, fixe les règles d'hémovigilance, et notamment la nature des informations nécessaires à la surveillance des effets de l'utilisation des produits sanguins labiles que les praticiens sont tenus de fournir, ainsi que les conditions d'exercice de cette surveillance.</p>	<p>6° L'article L. 1222-8 est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 1222-8. – Les recettes de l'Établissement français du sang sont constituées par :</p>	<p>a) Au 1°, les mots : « de la cession des » sont remplacés par les mots : « des activités liées aux » ;</p>	
<p>1° Les produits de la cession des produits sanguins labiles ;</p>	<p>b) Après le 1°, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :</p>	
<p>2° Les produits des activités annexes ;</p>	<p>« 1° bis Les produits des activités liées au plasma mentionné au 2° bis de l'article L. 1221-8 ; »</p>	
<p>3° Des redevances pour services rendus établies par décret dans les conditions fixées par l'article 5 de l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances ;</p>		

Texte en vigueur

4° Des produits divers, des dons et legs ainsi que des subventions de l'État, des collectivités publiques, de leurs établissements publics et des organismes d'assurance maladie ; La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ;

5° Des emprunts.

Art. L. 1223-1. – Les établissements de transfusion sanguine sont des établissements locaux sans personnalité morale de l'Établissement français du sang. Ils sont dotés d'un conseil d'établissement qui réunit, outre la direction de l'établissement de transfusion sanguine, des représentants des associations de donneurs de sang, des associations de patients, du personnel de l'établissement de transfusion sanguine, des établissements publics et privés de santé et de l'assurance maladie.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 5124-14, ces établissements ont vocation à développer toute activité liée à la transfusion sanguine, au conseil et au suivi des actes de transfusion. Ils peuvent notamment être autorisés à distribuer des médicaments dérivés du sang dans les conditions prévues aux articles L. 5121-1 à L. 5121-4, sous réserve des dispositions du présent chapitre, et à les dispenser et administrer aux malades qui y sont traités. Ces établissements sont en ce cas dotés d'un pharmacien responsable qui participe à la direction générale de l'établissement. Ils peuvent, en outre, à titre accessoire, être autorisés à exercer d'autres activités de santé, notamment les activités prévues aux articles L. 1243-2 et L. 5124-9-1 et des activités de soins et de laboratoire de biologie médicale, conformément aux règles applicables à ces activités. Par dérogation à l'article L. 6222-5, les établissements de transfusion sanguine qui, au titre des activités de laboratoire de biologie médicale prévues au présent article, effectuent des examens d'immuno-hématologie dits " receveur " et des examens complexes d'immuno-hématologie peuvent disposer de laboratoires comportant plusieurs sites localisés sur plus de trois territoires de santé, dans leur champ géographique d'activité déterminé en application de

Texte du projet de loi

7° Après la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1223-1, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Ces établissements conservent en vue de leur délivrance et délivrent les plasmas mentionnés au 2° bis de l'article L. 1221-8 dans les conditions fixées au II de l'article L. 1221-10. » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

l'article L. 1223-2. Le deuxième alinéa du I de l'article L. 6211-19 n'est pas applicable aux transmissions d'échantillons biologiques faites par les laboratoires de biologie médicale des établissements de santé aux établissements de transfusion sanguine en vue des examens d'immuno-hématologie mentionnés au présent alinéa. Les établissements de transfusion sanguine sont autorisés à dispenser et à administrer les médicaments nécessaires à l'exercice de leurs activités liées à la transfusion sanguine et, le cas échéant, de leurs activités de soins.

Art. L. 5121-1. – On entend par :

1° Préparation magistrale, tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, soit extemporanément en pharmacie, soit dans les conditions prévues à l'article L. 5125-1 ou à l'article L. 5126-2 ;

.....

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

Texte du projet de loi

8° L'article L. 5121-1 est complété par un 18° ainsi rédigé :

« 18° Médicament dérivé du sang, tout médicament préparé industriellement à partir du sang et de ses composants. Ils sont soumis aux dispositions du présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables. Ils comprennent notamment :

« a) Les médicaments issus du fractionnement du plasma ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 5121-3. – Les produits stables préparés à partir du sang et de ses composants constituent des médicaments dérivés du sang et sont soumis aux dispositions du présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables.</p>	<p>« b) Le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel. » ;</p> <p>9° L'article L. 5121-3 est abrogé ;</p> <p>10° Après l'article L. 5126-5-1, il est inséré un article L. 5126-5-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 5126-5-2. – I. – Par dérogation aux dispositions des articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des médicaments définis au b du 18° de l'article L. 5121-1 sont effectuées, soit par un établissement de transfusion sanguine, soit par un établissement de santé autorisé à cet effet dans les conditions mentionnées au II de l'article L. 1221-10.</p> <p>« II. – Tout contrat d'achat de plasmas à finalité transfusionnelle mentionnés au 2° bis de l'article L. 1221-8 conclu entre un établissement pharmaceutique et un établissement de santé doit comporter, à peine de nullité, des clauses permettant de mettre en œuvre et respecter les obligations de conservation en vue de la délivrance et de délivrance mentionnées au I. »</p>	<p>Article 52</p> <p>(Sans modification)</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Le chapitre I^{er} du titre VI du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>Livre III Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général Titre VI Assurance décès Chapitre I^{er} Dispositions générales</p>	<p>1° À l'article L. 361-1, les mots : « multiple du gain journalier de base tel qu'il est défini à l'article L. 323-4 » sont remplacés par les mots : « montant forfaitaire déterminé par décret » ;</p>	
<p>Art. L. 361-1. – Sans préjudice de l'application de l'article L. 313-1, l'assurance décès garantit aux ayants droit de l'assuré le paiement d'un capital égal à un multiple du gain journalier de base tel qu'il est défini à l'article L. 323-4 lorsque l'assuré,</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>moins de trois mois avant son décès, exerçait une activité salariée, percevait l'une des allocations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 311-5, était titulaire d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 341-1 ou d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 371-1, ou lorsqu'il bénéficiait, au moment de son décès, du maintien de ses droits à l'assurance décès au titre de l'article L. 161-8.</p>	<p>2° L'article L. 361-2 est abrogé.</p>	
<p>Art. L. 361-2. – Dans le cas où, entre la date de cessation d'activité et le décès de l'assuré, survient une augmentation générale des salaires, ce capital fait l'objet d'une révision.</p>	<p>Article 53</p>	<p>Article 53</p>
	<p>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 mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 280,6 millions d'euros pour l'année 2015.</p> <p>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, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 115 millions d'euros pour l'année 2015.</p> <p>III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires mentionné à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique est fixé à 15,257 millions d'euros pour l'année 2015.</p> <p>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 des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 103,17 millions d'euros pour l'année 2015.</p>	<p>(Sans modification)</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de l'action sociale et des familles

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

I. – Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ainsi qu'au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées, qui est divisée en deux sous-sections.

1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Elle retrace :

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

a bis) Pour les années 2012, 2013 et 2014, le pourcentage défini au a est fixé à 13 % ;

b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3.

Texte en vigueur

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

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

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

a bis) Pour les années 2012, 2013 et 2014, le pourcentage défini au a est fixé à 39 % ;

b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3.

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

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

La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

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

II. —

Texte du projet de loi

V. – Au dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « , pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, » sont supprimés et les mots : « le financement à la charge des organismes de sécurité sociale soumis à l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code. » sont remplacés par les mots : « les fractions du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. »

Article 54

Pour l'année 2015, 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 198,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 173,6 milliards d'euros.

Article 55

Cf. Annexe 1

Propositions de la Commission

Article 53 bis

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation sur le déploiement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mis en place depuis 2008.

Amendement AS97

Article 54

(Sans modification)

Article 55

Cf. Annexe 1

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
DÉPENSES D'ASSURANCE
VIEILLESSE

TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
DÉPENSES D'ASSURANCE
VIEILLESSE

Article 56

Article 56

Par dérogation aux conditions prévues à l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, les périodes passées entre le 18 mars 1962 et le 31 décembre 1975 dans les camps militaires de transit et d'hébergement par les assurés, alors qu'ils étaient âgés de 16 à 21 ans, qui sont enfants des anciens harkis, moghaznis et personnels des diverses formations supplétives de statut civil de droit local ayant servi en Algérie qui ont fixé leur domicile en France, sont prises en compte par le régime général d'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations prévu au premier alinéa du même article, diminué d'une réduction forfaitaire prise en charge par l'État dans des conditions et limites fixées par décret.

Par dérogation ...

Le nombre de trimestres d'assurance attribués en application du présent article est limité à quatre, sans que le total des trimestres acquis à ce titre et, le cas échéant, en application de l'article L. 351-14-1 précité n'excède le plafond fixé au premier alinéa de cet article.

... prévu au
/ du même article, ...
...décret.

Le nombre ...

... au *I du même* article.

Amendement AS237

Article 57

Article 57

Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

(*Sans modification*)

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 224,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 120,9 milliards d'euros.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

—

—

—

TITRE III

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX
DÉPENSES DE LA BRANCHE DES
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES
MALADIES PROFESSIONNELLES**

TITRE III

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX
DÉPENSES DE LA BRANCHE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL
ET DES MALADIES
PROFESSIONNELLES**

Article 58

Article 58

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 380 millions d'euros au titre de l'année 2015.

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 693 millions d'euros au titre de l'année 2015.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 000 millions d'euros au titre de l'année 2015.

III. – Le montant ...

... fixé à *un milliard* d'euros au titre de l'année 2015.

Amendement AS240

Code rural et de la pêche maritime

Article 59

Article 59

Art. L. 752-3 En cas d'accidents du travail ou en cas de maladies professionnelles, les prestations accordées aux bénéficiaires de l'assurance prévue au présent chapitre comprennent, dans les conditions fixées aux articles suivants :

1° La couverture :

- des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation ;

- des frais de fourniture, de réparation et de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie ;

- des frais de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle et de reclassement professionnel ;

Texte en vigueur

—
- des frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et, d'une façon générale, des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle et la rééducation professionnelle ;

2° Une indemnité journalière pour le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole pendant la période d'incapacité temporaire de travail ;

3° Une rente en cas d'incapacité permanente de l'assuré et, en cas de mort du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou d'un assuré mentionné au II de l'article L. 752-1, une rente à ses ayants droit ;

4° La couverture des frais funéraires de la victime.

Pour l'application du présent chapitre, les exploitants et les membres non salariés de toute société mentionnés au 5° de l'article L. 722-10 sont considérés comme chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Art. L. 752-5. – Une indemnité journalière est attribuée au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, à l'expiration d'un délai déterminé par décret suivant le point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute prévu aux articles L. 443-1 et L. 443-2 du code de la sécurité sociale.

Texte du projet de loi

I. – L'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 752-5. – Bénéficiaire d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, de continuer ou de reprendre le travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle :

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

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

« 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10.

« Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai déterminé par

Propositions de la Commission

—
I A. – Le 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« 2° Une indemnité journalière pour les chefs ou les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, les aides familiaux et les associés d'exploitation, pendant la période d'incapacité temporaire de travail ; » ;

Amendement AS239

« Art. L. 752-5. – Bénéficiaire d'indemnités journalières pendant la période d'incapacité temporaire de travail :

Amendement AS238

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Cette indemnité est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Elle est majorée à l'issue d'une période d'incapacité fixée par décret. Elle est incessible et insaisissable.</p>	<p>décret suivant le point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute prévu aux articles L. 443-1 et L. 443-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>« L'indemnité est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale. Elle est majorée à l'issue d'une période d'incapacité fixée par décret. Elle est incessible et insaisissable. »</p> <p>II. – L'attribution d'indemnités journalières aux personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction issue de la présente loi est applicable aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} janvier 2015.</p>	<p>Article 60</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Article 60</p> <p>Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :</p> <p>1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;</p> <p>2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,1 milliards d'euros.</p>	<p>Article 60</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Art. L. 531-2. – La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais</p>	<p>TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE</p> <p>Article 61</p> <p>À la dernière phrase du premier alinéa</p>	<p>TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE</p> <p>Article 61</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption.</p>	<p>de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « montant de la prime », sont insérés les mots : « varie selon le rang de l'enfant au sein du foyer qui en a la charge. Il ».</p>	
<p>La date de versement de cette prime est fixée par décret.</p>		
<p>Le plafond de ressources varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule.</p>		
<p>Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.</p>		
	<p>Article 62</p> <p>Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 54,6 milliards d'euros.</p>	<p>Article 62</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
	<p>TITRE V</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES</p>	<p>TITRE V</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES</p>
<p>Art. L. 135-2. – Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes :</p>	<p>Article 63</p>	<p>Article 63</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>1° Le financement des allocations mentionnées :</p>		
<p>- au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ;</p>		
<p>- au chapitre V du titre I^{er} du livre VIII ;</p>		
<p>- à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;</p>		

Texte en vigueur

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

.....

Texte du projet de loi

I. – Au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « Une partie, fixée par la loi de financement de sécurité sociale, » sont remplacés par les mots : « Une fraction, fixée par décret, qui ne peut être inférieure à 50%, ».

II. – Les dispositions du I s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2016.

III. – Pour l'année 2015, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du même code sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour le régime social des indépendants.

Article 64

Cf. Annexe 1

TITRE VI
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

Propositions de la Commission

Article 64

Cf. Annexe 1

(Sans modification)

TITRE VI
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 64 bis

I. – Les missions et activités de développement, de production, de support et de pilotage local des centres régionaux de traitement informatique, du service commun des caisses d'allocations familiales de la région parisienne et des centres nationaux d'études et de développements informatiques de la branche famille du régime général sont transférées à la Caisse nationale des allocations familiales à compter du 1^{er} juillet 2015.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 114-17. – I. – Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, au titre de toute prestation servie par l'organisme concerné :

1° L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations ;

2° L'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations ;

3° L'exercice d'un travail dissimulé, constaté dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, par le bénéficiaire de prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité ;

4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations servies par un organisme mentionné au premier alinéa, même sans en être le bénéficiaire.

Article 65

L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées par les agents mentionnés au présent article, en application de l'article L. 114-10, visant à refuser l'accès à une information formellement sollicitée, ne pas répondre ou

II. – La Caisse nationale des allocations familiales se substitue de plein droit, à la date mentionnée au I, aux centres et services informatiques cités à l'alinéa précédent dans l'ensemble de leurs droits, biens et obligations.

III. – Les centres et services informatiques mentionnés au I sont dissous le 30 juin 2015.

Amendement AS261

Article 65

(Sans modification)

Texte en vigueur

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Cette limite est doublée en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir.

La personne concernée peut former, dans un délai fixé par voie réglementaire, un recours gracieux contre cette décision auprès du directeur. Ce dernier statue après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme. Cette commission apprécie la responsabilité de la personne concernée dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant. L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.

La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. La pénalité ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, des articles L. 262-52 ou L. 262-53 du code de l'action sociale et des familles.

En l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme

Texte du projet de loi

apporter une réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant des caisses d'allocation familiales et des caisses d'assurance retraite et de santé au travail dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête. » ;

b) Au sixième, devenu septième alinéa, après la phrase : « Cette limite est doublée en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. », il est inséré la phrase suivante :

« Tout manquement réalisé en application du présent article et ayant donné lieu à une sanction devenue définitive peut constituer le premier terme de récidive d'un nouveau manquement mentionné au présent article. » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

—

envoi une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. Le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées sur la mise en demeure.

La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales, des articles L. 553-2 et L. 835-3 du présent code, de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance vieillesse, des articles L. 355-2 et L. 815-10 du présent code.

Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.

Les modalités d'application du présent I sont fixées par décret en Conseil d'État.

II. – Lorsque l'intention de frauder est établie, le montant de la pénalité ne peut être inférieur à un dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale. En outre, la limite du montant de la pénalité prévue au I du présent article est portée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas d'une fraude commise en bande organisée au sens de l'article 132-71 du code pénal, cette limite est portée à huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

—

2° Au II, le mot : « dixième » est remplacé par le mot : « trentième ».

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 242-1-3. – Lorsqu'un redressement de cotisations ou de contributions sociales dues par un employeur est opéré par une union de recouvrement ou une caisse générale de sécurité sociale, ledit organisme, après paiement du redressement et transmission par l'employeur des déclarations de rémunérations individuelles auxquelles il est tenu, informe sans délai les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 de ce paiement afin que les droits des salariés concernés soient rectifiés.</p>	<p>Article 66</p> <p>I. – L'article L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 242-1-3. – Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, ces organismes transmettent les informations nécessaires aux organismes mentionnés à l'article L. 215-1 afin que ces derniers procèdent à la rectification des droits des salariés concernés.</p> <p>« En cas de constat de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification ne peut être réalisée qu'à compter du paiement du redressement. »</p> <p>II. – Après l'article L. 725-12-1 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un article L. 725-12-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 725-12-2. – Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par l'organisme mentionné à l'article L. 723-3 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, cet organisme procède à la rectification de leurs droits.</p> <p>« En cas de constat de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification ne peut être réalisée qu'à compter du paiement du redressement. »</p> <p>III. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux redressements notifiés à compter du 1^{er} janvier 2015.</p>	<p>Article 66</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Code rural et de la pêche maritime</p>		
<p>Code de la sécurité sociale</p>		<p><i>Article 66 bis</i></p> <p><i>L'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</i></p>

Texte en vigueur

congés payés, aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire, ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail, relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.

Ce répertoire est utilisé par ces organismes, notamment pour les échanges mentionnés à l'article L. 114-12 du présent code et pour ceux prévus, en application du présent code, avec les administrations fiscales.

Les échanges d'informations et données relatives à ce répertoire peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Ces échanges peuvent notamment porter sur les montants des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa. Cette nouvelle fonctionnalité est mise en œuvre avant la fin de l'année 2012. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et données échangées sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au répertoire défini au premier alinéa.

Ont également accès aux données de ce répertoire :

1° Les organismes de la branche recouvrement du régime général et le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale dans le cadre de l'exercice de leurs missions ;

2° Les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale mentionnés aux articles L. 123-4 à L. 123-9 du code de l'action sociale et des familles.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

I. – Les deuxième et troisième phrases du troisième alinéa sont supprimées ;

Texte en vigueur

Le répertoire contient les données communes d'identification des individus, les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur rattachement à l'organisme qui leur sert les prestations ou avantages, à la nature de ces derniers, ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir.

Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est l'identifiant utilisé.

Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine également les conditions d'identification des personnes qui ne disposent pas d'un numéro d'inscription au répertoire mentionné à l'avant-dernier alinéa.

Art. L. 133-4-2. –Le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable, est subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions des articles L. 8221-1 et L. 8221-2 du code du travail.

Lorsque l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du même code est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-7 à L. 8271-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

II. – Le septième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Au 1^{er} janvier 2016, il contient également le montant des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa. »

Amendement AS3

Article 66 ter

Au premier alinéa de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable » sont supprimés.

Amendement AS260

Texte en vigueur

—

contributions mentionnées au premier alinéa du présent article et pratiquées au cours d'un mois civil, lorsque les rémunérations versées ou dues à un ou des salariés dissimulés au cours de ce mois sont au moins égales à la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-3 du même code.

Lorsque les rémunérations dissimulées au cours du mois sont inférieures à la rémunération mensuelle minimale mentionnée au deuxième alinéa, l'annulation est réduite à due proportion en appliquant aux réductions ou exonérations de cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale.

Texte du projet de loi

—

Propositions de la Commission

—

ANNEXE 1 TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI

Texte du projet de loi

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2013, 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	182,2	189,1	-6,9
Vieillesse	212,2	215,8	-3,6
Famille	54,9	58,2	-3,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,8	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	449,8	462,9	-13,1

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	158,0	164,8	-6,8
Vieillesse	111,4	114,6	-3,1
Famille	54,6	57,8	-3,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	11,3	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	324,0	336,5	-12,5

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	16,8	19,7	-2,9

Propositions de la Commission

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015

Article 1^{er}

(Sans modification)

Texte du projet de loi

Article 5

I. - Au titre de l'année 2014, 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	186,4	193,8	-7,4
Vieillesse	218,1	219,9	-1,7
Famille	56,2	59,1	-2,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,2	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	461,2	472,9	-11,7

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	161,4	168,8	-7,3
Vieillesse	115,1	116,7	-1,6
Famille	56,2	59,1	-2,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	11,8	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	332,7	344,3	-11,7

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	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,9	20,6	-3,7

Propositions de la Commission

Article 5

(Sans modification)

Texte du projet de loi

Article 6

Au titre de l'année 2014, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	80,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,5
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,5
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,0
Autres prises en charge	1,7
Total	178,3

Article 24

Pour l'année 2015, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories 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	191,0	198,0	-7,0
Vieillesse	222,7	224,0	-1,3
Famille	52,4	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	466,2	476,6	-10,3

Propositions de la Commission

Article 6

(Sans modification)

Article 24

(Sans modification)

Texte du projet de loi

Article 25

Pour l'année 2015, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	166,7	173,6	-6,9
Vieillesse	119,4	120,9	-1,5
Famille	52,4	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,3	12,1	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	338,1	348,6	-10,5

Article 26

I. – Pour l'année 2015, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,6	19,6	-2,9

II. – Pour l'année 2015, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 13,1 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2015, 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

Propositions de la Commission

Article 25

(Sans modification)

Article 26

(Sans modification)

Texte du projet de loi

IV. – Pour l'année 2015, 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	0
Total	0

Article 27

I. – Sont habilités en 2015 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	36 300
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	3 700
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	600
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	1 050
Caisse nationale des industries électriques et gazières	200
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	400
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	15

II. – Le montant maximum des ressources non permanentes fixé au I pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être majoré par décret dans la limite du montant fixé pour la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole au même I compte tenu des dispositions de la convention mentionnée à l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale liant ces deux organismes.

Propositions de la Commission

Article 27

(Sans modification)

Texte du projet de loi

Article 55

Pour l'année 2015, 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	83,0
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	20,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,2
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,6
Total	182,3

Article 64

Pour l'année 2015, 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	19,6

Propositions de la Commission

Article 55

(Sans modification)

Article 64

(Sans modification)

ANNEXE 2 RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015

ANNEXE A

ANNEXE A

(Sans modification)

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE AU 31 DÉCEMBRE 2013 DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, A L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU A LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES A LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATS POUR L'EXERCICE 2013

I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2013

(en milliards d'euros)

ACTIF	2013 (net)	2012 (net)
Immobilisations	7,7	6,8
Immobilisations non financières	4,3	4,1
Prêts, dépôts de garantie	2,5	1,8
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9
Actif financier	55,4	57,7
Valeurs mobilières et titres de placement	48,3	46,8
Régime général	0,5	0,0
Autres régimes	6,9	7,3
CADES	7,1	5,6
FRR	33,9	33,8
Encours bancaire	6,7	10,4
Régime général	1,5	2,6
Autres régimes	1,8	1,5
FSV	1,0	0,8
CADES	0,2	3,0
FRR	2,2	2,4
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,4	0,6
CADES	0,2	0,2
FRR	0,2	0,3

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Actif circulant	63,7	64,0
Créances de prestations	7,6	7,4
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	9,2	9,3
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	35,5	35,5
Créances sur entités publiques	9,0	8,4
Produits à recevoir de l'État	0,5	0,6
Autres actifs	1,8	2,9
Total de l'actif	126,8	128,5

(en milliards d'euros)

PASSIF	2013	2012
Capitaux propres	-110,9	-107,2
Dotations	30,9	32,8
Régime général	0,6	0,6
Autres régimes	4,2	4,0
Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	26,0	28,1
Réserves	10,3	9,1
Régime général	2,6	2,5
Autres régimes	5,5	5,7
FRR	2,2	0,9
Report à nouveau	-152,6	-145,8
Régime général	-4,3	4,1
Autres régimes	-3,0	-1,5
CADES	-145,4	-148,3
Résultat de l'exercice	-1,6	-5,9
Régime général	-12,5	-13,3
Autres régimes	-0,6	-1,7
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	-2,9	-4,1
CADES	12,4	11,9
FRR	1,9	1,3
Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FFR en valeur de marché)	2,1	2,4
Provisions pour risques et charges	20,4	19,9
Passif financier	173,4	173,9
Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	159,8	162,3
Régime général	20,5	16,9
CADES	139,3	145,4
Dettes à l'égard d'établissements de crédits	11,2	7,4
ACOSS (prêts CDC)	3,0	—
Régime général (ordres de paiement en attente)	4,6	4,0
Autres régimes	2,6	2,3
CADES	1,0	1,0
Dépôts reçus	2,2	2,2

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

ACOSS	2,2	2,2
Autres	0,2	2,1
Autres régimes	0,1	0,1
CADES	0,1	2,0
Passif circulant	43,8	42,0
Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	20,0	19,8
Dettes à l'égard des cotisants	1,2	1,3
Dettes à l'égard d'entités publiques	8,7	8,5
Autres passifs	13,8	12,4
Total du passif	126,8	128,5

Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs qui représentent le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 110,9 milliards d'euros au 31 décembre 2013, soit l'équivalent de 5,4 points de PIB. Ce passif net, en hausse de 3,6 milliards d'euros par rapport à 2012, tend à se stabiliser après la forte dégradation consécutive à la crise économique des années 2008-2009, sous le triple effet de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV (16,0 milliards d'euros en 2013 contre 19,1 milliards d'euros en 2012), de l'augmentation de la capacité de remboursement de la CADES (12,4 milliards d'euros contre 11,9 milliards d'euros en 2012) et des résultats en hausse du FRR (1,9 milliard d'euros contre 1,3 milliard d'euros en 2012).

Le financement de ce passif est assuré à titre principal par l'endettement financier. Son montant net, qui correspond à la différence entre les dettes financières (essentiellement portées par la CADES et l'ACOSS) et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie (essentiellement par le FRR), s'établit donc à un niveau proche du passif net de la sécurité sociale et en suit les mêmes tendances si on tient compte par ailleurs des effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des opérations courantes des régimes (écart entre les sommes à encaisser sur cotisations et les sommes à décaisser sur prestations principalement) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui pèsent également sur la trésorerie. L'endettement financier net de la sécurité sociale a donc également évolué à un rythme ralenti par rapport aux années récentes et s'établit à 118,0 milliards d'euros au 31 décembre 2013, après 116,2 milliards d'euros à fin 2012.

Évolution du passif net et de l'endettement financier net de la sécurité sociale depuis 2009

	2009	2010	2011	2012	2013
Passif net au 31/12 (capitaux propres)	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9
<i>variation N-1/N</i>	-	-20,8	-13,5	-6,6	-3,6
Endettement financier net	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0
<i>variation N-1/N</i>	-	-19,7	-15,2	-5,0	-1,8

Texte du projet de loi

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2013

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 12,5 milliards d'euros en 2013. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 6,8 milliards d'euros, la branche famille un déficit de 3,2 milliards d'euros et la branche vieillesse un déficit de 3,1 milliards d'euros, la branche accidents du travail et maladies professionnelles ayant quant à elle dégagé, pour la première fois depuis 2008, un excédent qui s'est élevé à 0,6 milliard d'euros. Par ailleurs, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a enregistré un déficit de 2,9 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dès l'année 2011 des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive à compter de 2012 des déficits 2011 à 2018 de la branche vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total. Conformément aux dispositions organiques, la Caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

Même si la reprise des déficits de la branche vieillesse et du FSV reste prioritaire, compte tenu des marges rendues disponibles par les différentes mesures prises en matière de redressement financier de ceux-là, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a intégré les déficits 2012 à 2018 des branches maladie et famille dans le champ de la reprise prévue par la LFSS pour 2011, sans modification des plafonds initiaux de reprise ni de l'échéance d'amortissement des déficits, qui demeure estimée par la CADES à 2024. Dans ce cadre, les déficits 2012 de la branche maladie (5,9 milliards d'euros) ont été repris en 2014 à hauteur de 4 milliards d'euros.

Par ailleurs, les excédents de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au titre de 2013 ont été affectés à la réduction des déficits cumulés passés, dont le montant est ainsi réduit de 2,4 à 1,7 milliard d'euros.

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 à l'exception de la branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires et des marins), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des

Propositions de la Commission

Texte du projet de loi

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 pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2013 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 0,6 milliard d'euros (contre 1,0 milliard d'euros en 2012), portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 à 2,6 milliards d'euros. Le PLFSS prévoit que ce déficit pourra, à l'avenir, être financé par des avances rémunérées de trésorerie par l'ACOSS qui viendront compléter les financements bancaires auxquels a recours jusqu'ici la CCMSA pour couvrir ces déficits cumulés.

Concernant la Caisse nationale de retraites des collectivités locales (CNRACL), le déficit comptable s'est dégradé légèrement en 2013, à 0,1 milliard d'euros, alors qu'elle était proche de l'équilibre en 2012. Compte tenu de la non reconduction en 2013 des recettes du prélèvement exceptionnel de 0,7 milliard d'euros effectué sur les réserves de plusieurs fonds finançant des prestations au bénéfice des agents des collectivités locales prévu par la loi de financement pour 2012, cette évolution traduit en fait une amélioration de près de 0,6 milliard d'euros de l'équilibre du régime à la suite d'une hausse des taux de cotisations intervenue en 2013, qui sera reconduite en 2014.

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 0,2 milliard d'euros en 2013, portant son montant cumulé à 0,9 milliard d'euros en fin d'année. Dans le contexte d'une limitation des concours financiers de la Caisse des dépôts et consignations, partenaire financier historique de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a étendu jusqu'en 2017 les dispositions de la LFSS pour 2013 prévoyant la faculté d'un recours à des avances de trésorerie de l'ACOSS à hauteur de 250 millions d'euros, en complément des financements procurés par la Caisse.

Propositions de la Commission

Texte du projet de loi

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse pour la période 2015-2018. Cette évolution s'inscrit dans le cadre de l'objectif d'un retour progressif à l'équilibre des comptes des régimes de sécurité sociale. D'ici 2018, le déficit global du régime général et du FSV devrait être divisé par près de 5 par rapport à 2014. Il se limiterait en effet à 2,9 milliards d'euros.

En milliards d'euros

	2014	2015	2016	2017	2018
Solde régime général et FSV	-15,4	-13,4	-10,3	-5,7	-2,9
Solde tous régimes et FSV	-15,4	-13,3	-10,2	-6,1	-4,0

Dans un environnement économique caractérisé par les incertitudes sur la reprise de l'activité en zone euro, ce redressement de la trajectoire financière des régimes s'appuiera sur la poursuite de l'action ambitieuse de régulation des dépenses menée depuis 2012. Cette action reposera sur une maîtrise accrue du rythme d'évolution des dépenses d'assurance maladie et sur la poursuite des adaptations des règles d'attribution des prestations versées par la branche famille. Elle bénéficie par ailleurs des effets attendus de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Par ailleurs les modalités de compensation des mesures centrales prises dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité permettront de ne pas affecter globalement les recettes de la sécurité sociale.

I. – Un environnement économique caractérisé par les incertitudes sur la reprise de l'activité dans la zone euro.

Les projections pluriannuelles de recettes et de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse reposent, pour l'exercice 2014, sur une prévision de croissance de l'activité de 0,4 %. Cette prévision tient compte de la faible croissance de l'activité constatée dans la zone euro au 1^{er} semestre 2014, après un exercice 2013 marqué par une amélioration des perspectives conjoncturelles. La masse salariale du secteur privé, principale source de financement des régimes,

Propositions de la Commission

ANNEXE B

(Sans modification)

Texte du projet de loi

augmenterait de 1,6 % sur l'année en cours.

Pour l'année 2015, l'évolution des soldes des régimes de sécurité sociale et du FSV retient comme sous-jacent une prévision de croissance du PIB de 1 %, légèrement plus prudente que celle du « *Consensus Forecasts* » de septembre (1,1 % de croissance de l'activité en 2015). L'hypothèse de masse salariale associée à cette prévision de croissance de l'activité s'élève à 2 % pour le prochain exercice.

Au-delà de 2015, la poursuite du redressement de la trajectoire des comptes sociaux bénéficiera de l'accélération progressive des principaux agrégats économiques, sous le double effet du déploiement du pacte de compétitivité (crédit d'impôt compétitivité emploi) et de la mise en œuvre du pacte de responsabilité adopté dans le cadre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 du 8 août 2014. Le renforcement des allègements généraux de cotisations sociales et la baisse du taux des cotisations familiales pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC dès 2015 permettront de soutenir l'emploi et l'investissement. Le volet solidarité du pacte, qui reposera sur un allègement de l'impôt sur le revenu pour les foyers modestes imposables, contribuera par ailleurs à soutenir la consommation des ménages.

Cette accélération de la croissance de l'activité à compter de 2016 permettra un retour à des niveaux de progression soutenue de la masse salariale du secteur privé (3,5 % en 2016 et 4,2 % en 2017-2018), favorisant ainsi le retour vers l'équilibre des comptes sociaux à cet horizon de moyen terme.

Principales hypothèses retenues

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PIB (volume)	0,30 %	0,40 %	1,00 %	1,70 %	1,85 %	1,85 %
Masse salariale privée	1,20 %	1,60 %	2,00 %	3,50 %	4,20 %	4,20 %
Masse salariale publique	1,10 %	1,50 %	1,10 %	1,10 %	1,10 %	1,10 %
Inflation	0,70 %	0,50 %	0,90 %	1,40 %	1,75 %	1,75 %

Conformément à la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012, l'ensemble de ces prévisions économiques ont été soumises au Haut conseil des finances publiques, qui s'est prononcé sur la sincérité des hypothèses retenues ainsi que sur leur cohérence avec nos engagements européens.

Propositions de la Commission

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

II. Un redressement des comptes sociaux assis, en cohérence avec la stratégie des finances publiques de la France, sur un effort d'économies en dépenses.

1. Un ONDAM fixé à 2 % en moyenne.

Les réformes en matière de gouvernance et de pilotage de l'ONDAM ont permis de respecter ou d'être en deçà de l'objectif initial voté chaque année en LFSS. Les estimations présentées dans la CCSS de septembre 2014 font finalement état d'une sous-consommation de l'ONDAM 2013 de 1,7 milliard d'euros après prise en compte du dénouement des provisions.

À côté des réformes structurelles mises en œuvre, la mise en réserve d'une partie des moyens de l'ONDAM, en début d'année, à hauteur de 0,3 % au minimum de l'objectif voté, a contribué à ce résultat et a fait la preuve de son efficacité en matière de pilotage de dépenses d'assurance maladie. Cette disposition, introduite dans les lois de programmation des finances publiques précédentes, s'est avérée efficace et correctement calibrée et il est ainsi proposé de la reconduire sur les exercices à venir.

Ainsi, les gels infra-annuels réalisés sur l'ONDAM 2014 contribueront, avec les mesures proposées en partie rectificative de la présente loi, à sécuriser l'exécution de l'objectif tel que prévu en LFSS rectificative, malgré l'augmentation attendue sur les soins de ville liée à l'introduction sur le marché du nouveau traitement destiné aux patients atteints du VHC.

Dans le cadre de la stratégie globale des finances publiques, l'ONDAM verra par ailleurs son taux d'évolution abaissé à 2 % en moyenne sur la période 2015-2017, soit un effort global d'économie de 10 milliards d'euros sur trois ans. En 2015, les dépenses dans le champ de l'ONDAM seront contenues en évolution de 2,1 % par rapport à l'objectif 2014. Le respect de cet objectif nécessitera un effort inédit d'économies, de 3,2 milliards d'euros, afin de compenser une évolution tendancielle des dépenses de 3,9 %.

Cette trajectoire suppose de poursuivre et d'accroître l'effort d'économies structurelles sur le champ de l'assurance maladie, mais également de garantir un pilotage renforcé de son exécution, sans diminuer la qualité des soins, ni augmenter le reste à charge des assurés et avec l'objectif de préserver l'innovation et l'accès de tous aux soins les plus efficaces.

Le plan d'économies qui structure le déploiement de la stratégie nationale de santé s'articulera autour de 4 axes.

Le premier axe vise le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière, qui passe notamment par des mutualisations qui pourront s'appuyer sur les nouveaux groupements hospitaliers territoriaux et des économies sur les achats hospitaliers, où des marges très importantes

Texte du projet de loi

demeurent. En cohérence avec ces actions, portées en partie dans la loi de santé, les outils à disposition des agences régionales de santé en matière de supervision financière des établissements de santé en difficulté seront renforcés.

Le deuxième axe est le virage ambulatoire qui sera opéré dans les établissements hospitaliers. Une accélération de la diffusion de la chirurgie ambulatoire sera naturellement le pivot de cette transformation d'ensemble qui vise à une meilleure articulation entre ville et hôpital. D'autres actions seront menées : développement de l'hospitalisation à domicile, amélioration de la prise en charge en sortie d'établissement, optimisation du parcours pour certaines pathologie ou populations.

Le troisième axe concerne les produits de santé. Au-delà des mesures de maîtrise des prix, un accent particulier sera placé sur le développement des médicaments génériques afin de lever les derniers freins à une diffusion plus large, génératrice d'économies importantes.

Le dernier axe vise à améliorer la pertinence du recours à notre système de soins dans toutes ses composantes : réduction des actes inutiles ou redondants que ce soit en ville ou en établissements de santé, maîtrise du volume de prescription des médicaments et lutte contre la iatrogénie, optimisation des transports de patients... Ces actions seront déclinées dans le programme national de gestion du risque qui est instauré par la loi de santé.

Ces économies nécessaires pour assurer la pérennité de l'assurance maladie seront néanmoins accompagnées de mesures garantissant l'accès aux soins des populations précaires. Ainsi est-il notamment prévu d'étendre le dispositif de tiers-payant intégral déjà pratiqué pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS).

2. Les trajectoires des régimes d'assurance vieillesse reflètent l'effet des mesures de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

L'évolution des dépenses d'assurance vieillesse des régimes de base serait de 2,3 % en moyenne sur la période 2014-2017.

Cette évolution tient compte de l'effet des réformes adoptées dans le cadre de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et notamment l'évolution progressive de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein. Ces mesures visent à faire face, de manière responsable, au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie. Elles s'accompagnent de mesure de solidarité pour les publics les plus fragiles susceptibles de connaître des carrières heurtées, à l'image des mères de famille qui ne

Propositions de la Commission

Texte du projet de loi

seront plus pénalisées par les interruptions occasionnées par leur congé maternité.

En 2015, les dépenses d'assurance vieillesse connaissent par ailleurs une évolution modérée due au faible niveau d'inflation, la règle de revalorisation des pensions étant en effet construite sur la base de l'évolution des prix afin de garantir le pouvoir d'achat des retraités.

3. La branche famille contribuera également à l'effort de maîtrise de la dépense publique

Les dépenses de la branche famille sont affectées par un changement de périmètre en 2015 correspondant au transfert à la charge de l'État de la part de l'aide personnalisée au logement actuellement financée par la branche famille. Conjugué aux autres mesures décrites ci-dessous ce transfert (soit 4,7 milliards) couvrira les mesures de baisses des cotisations sociales et de la C3S mises en œuvre au 1^{er} janvier 2015 par la loi de financement rectificative du 8 août 2014 dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité.

Hormis cet effet, les trajectoires de dépenses de la branche présentent un volet d'économies à venir sur les prestations de la branche famille. Ces dispositions permettront d'infléchir significativement le rythme moyen d'évolution des dépenses : il aurait été de 2 % par an en l'absence des mesures prévues en loi de financement et sera ramené à 1,3 % suite aux mesures prises et en neutralisant le transfert du financement de l'APL à l'État.

L'impact de ces mesures d'économies – rendues nécessaire par l'impératif de redressement de la branche famille – sur les ménages sera compensé par les mesures prévues dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2014 qui a augmenté le pouvoir d'achat des ménages de près d'1,3 milliards d'euros. Cette mesure, qui prend la forme d'une réduction d'impôt de 350 euros pour un célibataire et 700 euros pour un couple, s'impute automatiquement sur l'impôt sur le revenu dû par les contribuables. Le Gouvernement poursuit en 2015 l'allègement de l'impôt sur le revenu des ménages modestes, en supprimant la première tranche d'imposition. Cette mesure bénéficiera à 6 millions de ménages supplémentaires, pour un coût d'un peu plus de 3 milliards d'euros.

III. – Dans le cadre de la compensation à la sécurité sociale du pacte de responsabilité et de solidarité, des recettes nouvelles seront affectées à la sécurité sociale, sans impact sur le niveau des prélèvements obligatoires.

Conformément aux engagements pris par le Gouvernement à l'occasion de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour 2014, les mesures présentées dans le cadre des lois financières pour 2015 permettront de compenser intégralement la perte de

Propositions de la Commission

Texte du projet de loi

recettes induite par la mise en œuvre du pacte de responsabilité pour les organismes de sécurité sociale, soit 6,3 milliards d'euros et d'affecter conformément aux engagements pris à l'occasion des débats sur la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites l'équivalent du produit de la fiscalisation des majorations de pensions.

Cette compensation intégrale prévue par les lois financières se traduit notamment par le transfert évoqué *supra* de la totalité des aides personnelles au logement au budget de l'État, ainsi que par une réaffectation de recettes à la sécurité sociale (en particulier l'affectation du prélèvement de solidarité à la CNAMTS). Cette compensation sera sans impact sur le niveau global des prélèvements obligatoires, le financement des mesures du pacte de responsabilité étant assuré globalement par les efforts de maîtrise des dépenses sur l'ensemble du champ des administrations publiques.

Cette compensation s'appuiera également sur la réforme portée par ce projet de loi des modalités de prélèvement des cotisations et contributions sociales dues au titre des indemnités de congés payés lorsque celles-ci sont versées par des caisses de mutualisation de la gestion des congés. Cette mesure participera ainsi, pour l'exercice 2015, au financement du pacte de responsabilité.

IV. Cette stratégie de maîtrise des déficits sociaux s'articule avec le schéma de reprise par la CADES adopté précédemment.

Les financements déjà affectés à la Cades permettront en effet de reprendre sur la période l'ensemble des déficits de la CNAVTS et du FSV, mais aussi de transférer à la caisse le déficit 2012 de la branche famille, le reliquat du déficit 2012 de la branche maladie et une partie du déficit de cette même branche pour 2013. Ces transferts permettront de maîtriser l'évolution des besoins de trésorerie de l'ACOSS, qui bénéficie néanmoins d'un contexte favorable marqué par le niveau historiquement bas des taux d'intérêt.

Propositions de la Commission

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Maladie								
Recettes	148,2	155,0	158,0	161,4	166,7	172,5	179,0	185,1
Dépenses	156,8	160,9	164,8	168,8	173,6	178,3	182,7	186,4
Solde	-8,6	-5,9	-6,8	-7,3	-6,9	-5,8	-3,7	-1,4
AT/MP								
Recettes	11,3	11,5	12,0	12,0	12,3	12,7	13,2	13,8
Dépenses	11,6	11,7	11,3	11,8	12,1	12,3	12,4	12,6
Solde	-0,2	-0,2	0,6	0,2	0,2	0,4	0,8	1,2
Famille								
Recettes	52,0	53,8	54,6	56,2	52,4	53,7	55,3	57,1
Dépenses	54,6	56,3	57,8	59,1	54,6	55,1	56,2	57,8
Solde	-2,6	-2,5	-3,2	-2,9	-2,3	-1,4	-0,9	-0,7
Vieillesse								
Recettes	100,5	105,5	111,4	115,1	119,4	124,2	129,0	133,2
Dépenses	106,5	110,2	114,6	116,7	120,9	124,7	128,5	133,7
Solde	-6,0	-4,8	-3,1	-1,6	-1,5	-0,5	0,4	-0,5
Toutes branches consolidées								
Recettes	301,0	314,2	324,0	332,7	338,1	350,2	363,3	375,6
Dépenses	318,4	327,5	336,5	344,3	348,6	357,4	366,6	376,9
Solde	-17,4	-13,3	-12,5	-11,7	-10,5	-7,2	-3,3	-1,3

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Maladie								
Recettes	171,8	178,9	182,2	186,4	191,0	196,2	202,3	208,8
Dépenses	180,3	184,8	189,1	193,8	198,0	202,0	206,0	210,2
Solde	-8,5	-5,9	-6,9	-7,4	-7,0	-5,8	-3,7	-1,4
AT/MP								
Recettes	12,8	13,1	13,5	13,5	13,7	14,1	14,7	15,3
Dépenses	13,0	13,7	12,8	13,2	13,5	13,6	13,8	14,0
Solde	-0,1	-0,6	0,7	0,3	0,3	0,5	0,9	1,3
Famille								
Recettes	52,3	54,1	54,9	56,2	52,4	53,7	55,3	57,1
Dépenses	54,9	56,6	58,2	59,1	54,6	55,1	56,2	57,8
Solde	-2,6	-2,5	-3,3	-2,9	-2,3	-1,4	-0,9	-0,7
Vieillesse								
Recettes	194,6	203,4	212,2	218,1	222,7	229,5	236,5	243,4
Dépenses	202,5	209,5	215,8	219,9	224,0	229,9	236,5	245,0
Solde	-7,9	-6,1	-3,6	-1,7	-1,3	-0,4	0,0	-1,6
Toutes branches consolidées								
Recettes	419,6	436,5	449,8	461,2	466,2	479,6	494,5	510,0
Dépenses	438,7	451,6	462,9	472,9	476,6	486,8	498,3	512,4
Solde	-19,1	-15,1	-13,1	-11,7	-10,3	-7,2	-3,7	-2,4

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble du Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Recettes	14,1	14,7	16,8	16,9	16,6	16,8	17,3	17,9
Dépenses	17,5	18,8	19,7	20,6	19,6	19,8	19,7	19,5
Solde	-3,4	-4,1	-2,9	-3,7	-2,9	-3,0	-2,4	-1,6

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES

ANNEXE C

(Sans modification)

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

Exercice 2015

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP*	Régimes de base
Cotisations effectives	86,9	125,4	32,1	12,8	255,4
Cotisations prises en charge par l'État	1,5	1,5	0,6	0,1	3,6
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,5	0,0	0,3	39,4
Contribution sociale généralisée	64,9	0,0	10,9	0,0	75,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	31,4	19,1	8,0	0,1	58,5
Transferts	2,8	37,6	0,4	0,1	29,3
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	3,0	0,5	0,5	0,3	4,3
Recettes	191,0	222,7	52,4	13,7	466,2

*Accidents du travail-maladies professionnelles

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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

Exercice 2015

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régime général
Cotisations effectives	77,4	74,7	32,1	11,9	194,2
Cotisations prises en charge par l'État	1,1	1,0	0,6	0,1	2,8
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	56,2	0,0	10,9	0,0	66,8
Impôts, taxes et autres contributions sociales	25,8	14,6	8,0	0,0	48,4
Transferts	3,5	28,8	0,4	0,0	22,1
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,7	0,2	0,5	0,3	3,7
Recettes	166,7	119,4	52,4	12,3	338,1

*Accidents du travail-maladies professionnelles

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 2015

(en milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Contribution sociale généralisée	10,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,1
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	16,6