



N° 3129

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2015

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2016*,

TABLEAU COMPARATIF

PAR M. GÉRARD BAPT, MMES MICHÈLE DELAUNAY,
JOËLLE HUILIER, MM. MICHEL ISSINDOU, DENIS JACQUAT,
ET MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU

Députés.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : **3106**.

TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

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

**PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À
L'EXERCICE 2014.**

Article 1^{er}

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2014, sont approuvés :

(Sans modification)

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

Cf. Annexe 1

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

Cf. Annexe 1

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

Cf. Annexe 1

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 178,0 milliards d'euros ;

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

6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

sociale, s'élevant à 12,7 milliards d'euros.

Article 2

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2014, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2014 figurant à l'article 1^{er}.

(Sans modification)

**DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À
L'EXERCICE 2015**

**DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À
L'EXERCICE 2015**

Article 3

Article 3

**Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de
financement de la sécurité sociale pour
2015**

Art. 74. – 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 mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 280,6 millions d'euros pour l'année 2015.

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.

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.

IV. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour

I. – Au I de l'article 74 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, le montant : « 280,6 » est remplacé par le montant : « 230,6 ».

II. – Au II de l'article 74 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale, pour 2015, le montant : « 115 » est remplacé par le montant : « 83 ».

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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.

V. - Pour l'année 2015, la section mentionnée au V bis de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles retrace, en charges, la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement du plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes liées à l'âge et à la perte d'autonomie, dans la limite de 20 millions d'euros.

VI. - À modifier les dispositions suivantes :

– Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 14-10-5

Article 4

Article 4

Code de la sécurité sociale

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

(Sans modification)

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 du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de 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 du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus d'un taux (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.

1° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les deux occurrences des mots : « et L. 162-18 » sont remplacées par les mots : « , L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa du présent article sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7 du présent code ou 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 des indications au titre desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne, pour lesquels le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ;

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.

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, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant

b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° Les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, pour lesquels le chiffre d'affaire hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ; »

c) Au 2°, après le mot : « qui », sont insérés les mots : « , au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, » ;

2° L'article L. 138-11 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « et L. 162-18 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « fixé » sont insérés les mots : « , au 31 décembre

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 du même article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa dudit article.

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 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 du présent article 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. À défaut, 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.

de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, » ;

3° L'article L. 138-13 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, le mot : « l'ensemble » sont remplacés par les mots : « au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre » et, à la dernière phrase du même alinéa, les mots : « de remises » sont remplacés par les mots : « d'une remise » ;

b) À la première phrase du dernier alinéa, après le mot : « versées », sont insérés les mots : « en application de ces accords » et, à la dernière phrase du même alinéa, les mots : « les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales » sont remplacés par les mots : « la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 138-14. - Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, ce groupe constitue une entreprise au sens de l'article L. 138-10.

Le groupe mentionné au premier alinéa du présent article est constitué, d'une part, par une entreprise ayant, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due et, d'autre part, par 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 du présent code 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 font 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 s'impute sur la contribution due au titre de l'année au cours de laquelle le prix ou le tarif de ces médicaments a été fixé.

Les entreprises redevables de la

4° L'article L. 138-14 est ainsi modifié :

a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « ou d'un groupe » sont supprimés ;

5° L'article L. 138-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la date : « 1^{er} juin » est remplacée par la date : « 1^{er} juillet » ;

b) La première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée :

« La fixation du prix ou du tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 entraîne une régularisation du montant total et de la répartition entre les entreprises redevables de la contribution due au titre de l'année précédant la fixation de ce prix ou de ce tarif. » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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. 138-19-1. - 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 du présent article 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.

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 second alinéa de l'article L. 138-19-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes correspondant est inférieur à 45 millions d'euros.

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 le tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles

c) Au dernier alinéa, la date :
« 1^{er} mars » est remplacée par la date :
« 1^{er} avril » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, après chaque occurrence de la référence : « L. 162-16-5-1 », est insérée la référence : « , L. 162-17-5 » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-2, après la référence : « L. 162-16-5-1 », est insérée la référence : « , L. 162-17-5 » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou 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 du même article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa dudit article.

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 second 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.

Une entreprise signataire d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article 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.

8° Au dernier alinéa de l'article L. 138-19-4, les mots : « les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales » sont remplacés par les mots : « la remise qu'elle verse en application de cet accord est supérieure ou égale » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 138-19-5. - Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, ce groupe constitue une entreprise au sens de l'article L. 138-19-1.

Le groupe mentionné au premier alinéa du présent article est constitué, d'une part, par une entreprise ayant, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due et, d'autre part, par 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 du présent code 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.

9° L'article L. 138-19-5 est ainsi modifié :

a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « ou d'un groupe » sont supprimés.

II. - Le I s'applique à compter des contributions et remises dues au titre de 2015.

Article 5

Article 5

Au titre de l'année 2015, sont rectifiés :

(Sans modification)

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 :

Cf. Annexe 1

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 :

Cf. Annexe 1

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 :

Cf. Annexe 1

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 13,6 milliards d'euros ;

5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites qui demeurent fixées conformément au II de l'article 35 de la loi n° 2014-1554 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;

6° Les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse lesquelles sont nulles.

Article 6

I. – Au titre de l'année 2015, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

Cf. Annexe 1

**TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE
FINANCIER DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR L'EXERCICE 2016**

**TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
RECETTES, AU RECouvreMENT
ET À LA TRÉSORERIE**

CHAPITRE I^{ER}

Dispositions relatives au pacte de responsabilité et de solidarité et évolutions de certains dispositifs particuliers en découlant

Article 6

(Sans modification)

**TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE
FINANCIER DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR L'EXERCICE
2016**

**TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
RECETTES, AU
RECouvreMENT ET À LA
TRÉSORERIE**

CHAPITRE I^{ER}

Dispositions relatives au pacte de responsabilité et de solidarité et évolutions de certains dispositifs particuliers en découlant

Texte en vigueur

Code de la sécurité sociale

Art. L. 241-6-1. - Le taux des cotisations mentionnées au 1^o de l'article L. 241-6 est réduit de 1,8 point pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les rémunérations ou gains n'excèdent pas 1,6 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article.

Art. L. 651-3. - La contribution sociale de solidarité est annuelle. Son taux est fixé par décret, dans la limite de 0,13 %. Elle est assise sur le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5, après application d'un abattement égal à 3,25 millions d'euros. Des décrets peuvent prévoir un plafonnement en fonction de la marge pour les entreprises de commerce international et intracommunautaire fonctionnant avec une marge brute particulièrement réduite et pour les entreprises du négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant ou vendant directement à la production et pour les entreprises du négoce en gros des combustibles et de commerce de détail de carburants.

Pour les sociétés ou groupements mentionnés aux 4^o bis, 6^o, 7^o et 8^o de l'article L. 651-1 ainsi que les groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, la part du chiffre d'affaires correspondant à des refacturations de prestations de services à leurs membres ou

Texte du projet de loi

Article 7

I. – À l'article L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale, le nombre : « 1,6 » est remplacé par le nombre : « 3,5 ».

II. – Le I s'applique aux cotisations dues au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} avril 2016.

Pour chacune des périodes du 1^{er} janvier au 30 mars 2016 et du 1^{er} avril au 31 décembre 2016, la réduction de taux mentionnée à l'article L. 241-6-1 de ce code est calculée en fonction de la rémunération annuelle totale perçue en 2016.

Article 8

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

1^o À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 651-3, le nombre : « 3,25 » est remplacé par le nombre : « 19 » ;

Propositions de la Commission

Article 7

(Sans modification)

Article 8

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

associés n'est pas soumise à la contribution.

En outre, les redevables mentionnés aux 1° à 3°, 4°, sauf s'il s'agit de groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, 5°, 10° et 11° de l'article L. 651-1 ne tiennent pas compte, pour la détermination de leur contribution, de la part du chiffre d'affaires correspondant à des ventes de biens réalisées avec les sociétés ou groupements visés à l'alinéa précédent et acquittant la contribution, dans lesquels ils détiennent une participation au moins égale à 20 %, à condition que ces biens soient utilisés pour les besoins d'opérations de production effectuées par ces sociétés ou groupements.

La contribution des organismes coopératifs relevant du chapitre Ier du titre III de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale est établie sans tenir compte du chiffre d'affaires qu'ils réalisent, au titre des opérations de vente de produits issus des entreprises exploitées par leurs membres, avec d'autres organismes coopératifs régis par les mêmes dispositions et dont ils sont associés coopérateurs.

Pour la détermination de leur contribution, les sociétés ou groupements visés au deuxième alinéa ne tiennent pas compte des ventes de biens réalisées à ceux de leurs membres ou associés acquittant la contribution et détenant au moins 20 % des droits à leurs résultats, à condition que ces biens soient vendus à l'issue d'opérations de production effectuées par ces sociétés ou groupements.

Pour les redevables visés à l'article L. 651-1 affiliés à l'un des organes centraux mentionnés à l'article L. 511-30 du code monétaire et financier, la part du chiffre d'affaires correspondant à des intérêts reçus à raison d'opérations de centralisation, à l'échelon régional ou national, de leurs ressources financières n'est pas soumise à la contribution dans la limite du montant des intérêts servis en contrepartie de ces mêmes opérations.

Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux entreprises de négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, en-

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

grais et produits connexes, achetant et vendant directement aux coopératives agricoles.

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

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

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

Art. L. 752-3-2. - I. -

III. - A. 8 Pour les entreprises mentionnées au I de l'article 244 quater C du code général des impôts et, au titre des rémunérations définies aux quatrième et cinquième phrases du même I, pour les organismes mentionnés à l'article 207 du même code, l'exonération est calculée selon les modalités suivantes :

Le montant de l'exonération est

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 651-5-3, 1 mot : « électronique » est remplacé par le mot : « dématérialisée » et,

à la dernière phrase du même alinéa, les mots : « et de télèglement » sont supprimés.

II. - Le I s'applique à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés due à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 9

I. - L'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Article 9

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

calculé chaque mois civil, pour chaque salarié, en fonction de sa rémunération telle que définie à l'article L. 242-1. Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale à 2,6 fois le salaire minimum de croissance.

Pour les employeurs dont l'effectif est inférieur à onze salariés, lorsque la rémunération horaire est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 % et inférieure à un seuil égal à 1,8 fois le salaire minimum de croissance, la rémunération est exonérée des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. A partir du seuil de 1,8 fois le salaire minimum de croissance, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale à 2,8 fois le salaire minimum de croissance.

B. - Pour les entreprises, employeurs et organismes autres que ceux mentionnés au A :

1° La rémunération horaire mentionnée aux deux derniers alinéas du A à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale à 3,8 fois le salaire minimum de

1° Au deuxième alinéa du A du III, la valeur : « 40 % » est remplacée par la valeur : « 30 % » et,

à la dernière phrase, les mots : « à 2,6 fois le salaire minimum de croissance » sont remplacés par les mots : « au salaire minimum de croissance majoré de 100 % » ;

2° Le troisième alinéa du A du III est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail et occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au-delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 130 %. » ;

3° Le B du III est remplacé par les dispositions suivantes :

« B. - Pour les entreprises, employeurs et organismes autres que ceux mentionnés au A :

« 1° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au deuxième alinéa du A en-deçà duquel la rémunération est totalement exonérée de cotisations à la

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

croissance ;

charge de l'employeur est égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Le seuil de la rémunération horaire mentionnée au deuxième alinéa du A à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 % ;

2° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au dernier alinéa du A en deçà duquel la rémunération est exonérée dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 % est égal à 2,2 fois le salaire minimum de croissance.

« 2° Le seuil de la rémunération horaire mentionnée au dernier alinéa du A en deçà duquel la rémunération est exonérée dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 % est égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %. À partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %. » ;

IV. - Par dérogation au III, le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues aux deux derniers alinéas du présent IV pour les entreprises situées en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion et à Saint-Martin respectant les conditions suivantes :

4° L'avant dernier alinéa du IV est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

1° Employer moins de deux cent cinquante salariés et avoir réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros ;

2° Avoir une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 undecies B du code général des impôts, ou de même nature dans le cas des entreprises exploitées à Saint-Martin, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques à destination des entreprises, recherche et développement ou technologies de l'information et de la communication ;

3° Etre soumises de plein droit ou sur option à un régime réel d'imposition ;

4° À l'exception des entreprises situées en Guyane, dans les îles des Saintes, à Marie-Galante, à La Désirade et dans les communes de La Réunion définies par l'article 2 du décret n° 78-690 du

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

23 juin 1978 portant création d'une zone spéciale d'action rurale dans le département de La Réunion, ainsi que dans les communes de la Guadeloupe et de la Martinique, dont la liste est fixée par décret, qui satisfont cumulativement aux trois critères suivants :

- elles sont classées en zone de montagne au sens de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne ;

- elles sont situées dans un arrondissement dont la densité de population, déterminée sur la base des populations légales en vigueur au 1er janvier 2009, est inférieure à 270 habitants par kilomètre carré ;

- leur population, au sens de l'article L. 2334-2 du code général des collectivités territoriales, était inférieure à 10 000 habitants en 2008 :

a) Exercer leur activité principale dans l'un des secteurs suivants : recherche et développement, technologies de l'information et de la communication, tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, environnement, agronutrition ou énergies renouvelables ;

b) Ou :

- avoir signé avec un organisme public de recherche ou une université, y compris étrangers, une convention, agréée par l'autorité administrative, portant sur un programme de recherche dans le cadre d'un projet de développement sur l'un ou plusieurs de ces territoires si les dépenses de recherche, définies aux a à g du II de l'article 244 quater B du code général des impôts, engagées dans le cadre de cette convention représentent au moins 5 % des charges totales engagées par l'entreprise au titre de l'exercice écoulé ;

- ou avoir réalisé des opérations sous le bénéfice du régime de transformation sous douane défini aux articles 130 à 136 du règlement (CEE) n° 2913/92 du Conseil du 12 octobre 1992 établissant le code des douanes communautaire, si le chiffre d'affaires provenant de ces opérations représente au moins un tiers du chiffre d'affaires de l'exploitation au titre de l'exercice écoulé.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Les conditions prévues aux 1° et 2° s'apprécient à la clôture de chaque exercice.

Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 % et inférieure à un seuil égal à 2 fois le salaire minimum de croissance, la rémunération est exonérée des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 60 %. A partir du seuil de 2 fois le salaire minimum de croissance, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale à 3 fois le salaire minimum de croissance.

Par dérogation à l'avant-dernier alinéa du présent IV, pour les employeurs mentionnés au B du III du présent article, le seuil de la rémunération horaire en deçà duquel la rémunération est exonérée dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 60 % est égal à 2,5 fois le salaire minimum de croissance et la rémunération horaire à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale à 4,5 fois le salaire minimum de croissance.

V. - Pour l'application du présent article, l'effectif pris en compte est celui qui est employé par l'entreprise dans chacune des collectivités mentionnées au I, tous établissements confondus dans le cas où l'entreprise compte plusieurs établissements dans la même collectivité. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par les articles L. 1111-2 et L. 1251-54 du code du travail.

Lorsque dans une même entreprise ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est

« Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %. À partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 250 %. » ;

5° Le dernier alinéa du même IV est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'avant-dernier alinéa du présent IV, pour les employeurs mentionnés au B du III du présent article, la rémunération horaire à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 350 %. » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

applicable au titre de l'activité exercée par chacun des salariés employés.

VI. - Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur a, d'une part, souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité.

Les exonérations prévues par le présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.

VII. - Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allègements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'entreprise ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail.

Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, de la commission d'une des infractions mentionnées à l'alinéa précédent, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.

VIII. - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article.

6° Le VIII est remplacé par les dispositions suivantes :

« VIII. - Lorsque les exonérations mentionnés aux III et IV sont dégressives, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du coefficient de dégressivité retenu pour cette formule est fixée, par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. »

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006

Art. 130. – I. -

.....

VII. - Les gains et rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 741-10 du code rural, versés au cours d'un mois civil aux salariés employés par un établissement d'une entreprise exerçant les activités visées au deuxième alinéa du I de l'article 44 octies du code général des impôts qui s'implante entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2017 dans un bassin d'emploi à redynamiser définis au 3 bis de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 précitée, sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des allocations familiales ainsi que du versement transport et des contributions et cotisations au Fonds national d'aide au logement, dans la limite du produit du nombre d'heures rémunérées par le montant du salaire minimum de croissance majoré de 40 %.

L'exonération est ouverte au titre de l'emploi de salariés dont l'activité réelle, régulière et indispensable à l'exécution du contrat de travail s'exerce en tout ou partie dans un bassin d'emploi à redynamiser.

Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de l'exonération est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

Dans des conditions fixées par décret, l'exonération s'applique également aux gains et rémunérations versés aux salariés recrutés à l'occasion d'une extension d'établissement

II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur au titre des cotisations dues à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 10

I. - Sont abrogés :

1° Les VII et VIII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 ;

Article 10

(Sans modification)

Texte en vigueur

ouvrant droit à l'exonération de taxe professionnelle prévue au I quinquies A de l'article 1466 A du code général des impôts.

L'exonération prévue au premier alinéa n'est pas applicable aux gains et rémunérations afférents aux emplois transférés par une entreprise dans une zone d'emploi à redynamiser pour lesquels l'employeur a bénéficié, au titre d'une ou plusieurs des cinq années précédant celle du transfert soit de l'exonération prévue à l'article L. 322-13 du code du travail, soit du versement de la prime d'aménagement du territoire.

L'exonération est applicable pendant une période de sept ans à compter de la date d'implantation ou de la création. Lorsque la date d'implantation ou de création est postérieure au 31 décembre 2013, l'exonération est applicable pendant une période de cinq ans à compter de cette date.

En cas d'embauche de salariés dans les sept années suivant la date de l'implantation ou de la création, l'exonération est applicable, pour ces salariés, dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, à compter de la date d'effet du contrat de travail. Lorsque la date d'implantation ou de création est postérieure au 31 décembre 2013, la période de sept années mentionnée à la première phrase est ramenée à cinq années.

Le bénéfice de l'exonération mentionnée au premier alinéa du présent VII est subordonné au respect du règlement (CE) n° 1998/2006 de la Commission du 15 décembre 2006 concernant l'application des articles 87 et 88 du traité aux aides de minimis.

Toutefois, lorsque le bénéfice des exonérations fiscales figurant aux articles 44 duodecies, 1383 H et au I quinquies A de l'article 1466 A du code général des impôts est subordonné au respect du règlement (CE) n° 1628/2006 de la Commission du 24 octobre 2006 concernant l'application des articles 87 et 88 du traité CE aux aides nationales à l'investissement à finalité régionale, le bénéfice de l'exonération mentionnée au premier alinéa du présent VII est subordonné au respect du même règlement.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Le droit à l'exonération prévue au premier alinéa est subordonné à la condition que l'employeur soit à jour de ses obligations à l'égard de l'organisme de recouvrement des cotisations patronales de sécurité sociale et d'allocations familiales ou ait souscrit un engagement d'apurement progressif de ses dettes.

Le bénéfice de l'exonération ne peut être cumulé, pour l'emploi d'un même salarié, avec celui d'une aide de l'Etat à l'emploi ou d'une exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale ou l'application de taux spécifiques d'assiettes ou montants de cotisations, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale.

Les conditions de mise en oeuvre du présent VII, notamment s'agissant des obligations déclaratives des employeurs, sont fixées par décret.

VIII. - Le VII s'applique à compter du 1^{er} janvier 2007.

Loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificatives pour 2008

Art.34. - I. -

VI. - 1. Les gains et rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 741-10 du code rural, versés au cours d'un mois civil aux salariés employés par un établissement d'une entreprise exerçant les activités visées au deuxième alinéa du I de l'article 44 octies du code général des impôts qui s'implante ou qui se crée pour exercer une nouvelle activité dans le périmètre d'une zone de restructuration de la défense définie au 1° du 3 ter de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire ou dans les emprises foncières libérées par la réorganisation d'unités militaires ou d'établissements du ministère de la défense situées dans les communes définies au seul 2° du même 3 ter, sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales.

L'exonération est applicable au titre

2° Le VI de l'article 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008 ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

des implantations et créations réalisées pendant une période de trois ans débutant à la date de publication de l'arrêté prévu au dernier alinéa du même 3^{ter} ou, si cette seconde date est postérieure, au 1^{er} janvier de l'année précédant celle au titre de laquelle le territoire ou la commune est reconnu comme zone de restructuration de la défense par cet arrêté.

L'exonération est applicable pendant cinq ans à compter de l'implantation ou de la création.

Le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. À partir de ce seuil, le montant de l'exonération décroît de manière linéaire et devient nul lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 140 %. Il fait l'objet d'une réduction égale au tiers la quatrième année et aux deux tiers la cinquième année.

2. L'exonération prévue au premier alinéa du 1 est ouverte au titre de l'emploi de salariés dont l'activité réelle, régulière et indispensable à l'exécution du contrat de travail s'exerce en tout ou partie dans une zone de restructuration de la défense.

3. L'exonération prévue au premier alinéa du 1 n'est pas applicable aux entreprises créées dans le cadre d'une concentration, d'une restructuration, d'une extension d'activités préexistantes ou d'une reprise de telles activités au sens du III de l'article 44 sexies du code général des impôts, sauf lorsque ces activités préexistantes dans la zone sont le fait d'entreprises qui ont mis en œuvre un plan de sauvegarde de l'emploi dans les conditions prévues par l'article L. 1233-61 du code du travail ou font l'objet d'une procédure collective visée aux articles L. 631-1 ou L. 640-1 du code de commerce, ou d'entreprises qui bénéficient de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 du présent article. Dans ce dernier cas, l'exonération est ouverte pour la durée restant à courir.

4. L'exonération prévue au premier alinéa du 1 n'est pas applicable aux gains et

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

rémunérations afférents aux emplois transférés par une entreprise dans une zone de restructuration de la défense pour lesquels l'employeur a bénéficié, au titre d'une ou plusieurs des cinq années précédant celle du transfert, soit de l'exonération prévue à l'article L. 131-4-2 du code de la sécurité sociale, soit de l'exonération prévue aux articles 12 et 13 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, soit du versement d'une prime d'aménagement du territoire.

L'exonération visée au premier alinéa du 1 du présent VI dans une emprise foncière libérée par la réorganisation d'unités militaires ou d'établissements du ministère de la défense située dans une commune définie au seul 2° du 3 ter de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 précitée n'est pas applicable aux gains et rémunérations afférents aux emplois transférés dans cette emprise depuis des établissements situés dans le reste du territoire de la commune ou celui des communes limitrophes.

5. Le bénéfice de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 ne peut être cumulé, pour l'emploi d'un même salarié, avec celui d'une aide de l'État à l'emploi ou d'une exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale ou l'application d'assiettes, montants ou taux de cotisations spécifiques, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale.

Le bénéfice de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 du présent VI est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement.

Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 du présent VI est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

Texte en vigueur

6. Le bénéfice de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 est subordonné au respect du règlement (CE) n° 1998 / 2006 de la Commission du 15 décembre 2006 concernant l'application des articles 87 et 88 du traité aux aides de minimis. Toutefois, sur option des entreprises qui procèdent aux opérations mentionnées au premier alinéa du 1 du présent VI dans les zones d'aide à finalité régionale, le bénéfice de l'exonération prévue au même alinéa est subordonné au respect de l'article 13 du règlement (CE) n° 800 / 2008 de la Commission du 6 août 2008 déclarant certaines catégories d'aides compatibles avec le marché commun en application des articles 87 et 88 du traité (Règlement général d'exemption par catégorie).

L'option mentionnée à l'alinéa précédent est irrévocable pour la durée de l'exonération prévue au premier alinéa du 1 du présent VI. Elle doit être exercée dans les six mois qui suivent les implantations ou créations mentionnées au même 1.

VII. — Lorsque l'entreprise exerce l'option pour l'application de l'article 13 du règlement (CE) n° 800 / 2008 de la Commission du 6 août 2008 précité au titre de l'un des dispositifs prévus aux articles 44 terdecies et 1383 I, au I quinquies B de l'article 1466 A du code général des impôts ou au VII du présent article, cette option vaut pour l'ensemble des dispositifs précités. Lorsque aucune option pour l'application de l'article 13 du règlement (CE) n° 800 / 2008 de la Commission du 6 août 2008 précité n'a été formulée dans les délais requis au titre d'un des dispositifs d'exonération mentionnés à l'alinéa précédent, l'exercice ultérieur d'options portant sur un de ces dispositifs n'est pas recevable.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 131-4-2. - I. - Les gains et rémunérations, au sens de l'article L. 242-1 ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, versés au cours d'un mois civil aux salariés embauchés dans les zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts sont, dans les conditions fixées aux II et III, exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales conformément à un barème

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

3° Les articles L. 131-4-2 et L. 131-4-3 du code de la sécurité sociale.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

dégressif déterminé par décret et tel que l'exonération soit totale pour une rémunération horaire inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 50 % et devienne nulle pour une rémunération horaire égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 140 %.

Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de l'exonération est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

II. - Ouvrent droit à l'exonération prévue au I, lorsqu'elles n'ont pas pour effet de porter l'effectif total de l'entreprise à plus de cinquante salariés, les embauches réalisées par les entreprises et les groupements d'employeurs exerçant une activité artisanale, industrielle, commerciale, au sens de l'article 34 du code général des impôts, une activité agricole, au sens de l'article 63 du même code, ou non commerciale, au sens du 1 de l'article 92 du même code, à l'exclusion des organismes mentionnés à l'article 1er de la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la poste et des télécommunications et des employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code.

Pour bénéficier de cette exonération, l'employeur ne doit pas avoir procédé à un licenciement au sens de l'article L. 1233-3 du code du travail dans les douze mois précédant la ou les embauches.

III. - L'exonération prévue au I est applicable, pour une durée de douze mois à compter de la date d'effet du contrat de travail, aux gains et rémunérations versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 5422-13 du code du travail et dont le contrat de travail est à durée indéterminée ou a été conclu en application du 2° de l'article L. 1242-2 du code du travail pour une durée d'au moins douze mois.

IV. - L'employeur qui remplit les

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

conditions fixées ci-dessus en fait la déclaration par écrit à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle dans les trente jours à compter de la date d'effet du contrat de travail. À défaut d'envoi de cette déclaration dans le délai imparti, le droit à l'exonération n'est pas applicable aux cotisations dues sur les gains et rémunérations versés de la date de l'embauche au jour de l'envoi ou du dépôt de la déclaration, cette période étant imputée sur la durée d'application de l'exonération.

Le bénéfice de l'exonération ne peut être cumulé, pour l'emploi d'un même salarié, avec celui d'une aide de l'État à l'emploi ou d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou montants forfaitaires de cotisations, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.

Art.L. 131-4-3. - L'exonération définie à l'article L. 131-4-2 est applicable, dans les mêmes conditions, aux gains et rémunérations versés aux salariés embauchés à compter du 1^{er} novembre 2007 dans les zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts par les organismes visés au 1 de l'article 200 du même code ayant leur siège social dans ces mêmes zones.

II. - Sous réserve du III, les dispositions du présent article s'appliquent au titre des cotisations dues pour la période courant à compter du 1er janvier 2016, y compris au titre des rémunérations versées aux salariés recrutés avant cette date.

III. - Les entreprises bénéficiaires de l'exonération mentionnée au 1^o, au 2^o ou au 3^o du I à la date du 7 octobre 2015 continuent d'en bénéficier, au titre des rémunérations versées aux salariés embauchés avant la date du 7 octobre 2015, pour la durée et sous les conditions applicables antérieurement à la publication de la présente loi de financement de la sécurité sociale.

CHAPITRE II

SIMPLIFICATION DU RECOUVREMENT DES COTISATIONS DUES PAR

CHAPITRE II

SIMPLIFICATION DU RECOUVREMENT DES COTISATIONS

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Livre I^{er} Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre III Recouvrement des cotisations et versement des prestations Section 3 Dispositions diverses</p>	<p style="text-align: center;">LES ENTREPRISES ET LES TRAVAIL- LEURS NON-SALARIÉS</p> <p style="text-align: center;">Article 11</p> <p>I. - La section 3 du chapitre III du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 133-4-8 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 133-4-8. - I. - Les redressements opérés dans le cadre d'un contrôle effectué en application des articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime relatif à l'application des règles liées au caractère obligatoire et collectif des systèmes de garanties de protection sociale complémentaire mentionné au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code portent sur le montant global des cotisations dues sur les contributions que les employeurs ont versées pour le financement de ces garanties.</p> <p>« II. - Par dérogation au I et dans les conditions définies aux alinéas suivants, l'agent chargé du contrôle réduit le redressement à hauteur d'un montant calculé sur la seule base des sommes faisant défaut ou excédant les contributions nécessaires pour que la couverture du régime revête un caractère obligatoire et collectif au sens du sixième alinéa de l'article L. 242-1 et des textes pris pour son application, sous réserve que l'employeur reconstitue ces sommes de manière probante.</p> <p>« Le redressement ainsi réduit est fixé à hauteur :</p> <p>« 1° D'une fois et demie ces sommes lorsque le motif du redressement repose sur l'absence de production d'une demande de dispense ou de tout autre document ou justificatif nécessaire à l'appréciation du caractère obligatoire et collectif ;</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">DUES PAR LES ENTREPRISES ET LES TRAVAILLEURS NON- SALARIÉS</p> <p style="text-align: center;">Article 11</p> <p style="text-align: center;"><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 2° De trois fois ces sommes dans les cas autres que ceux mentionnés au 1° et lorsque le manquement à l'origine du redressement ne révèle pas une méconnaissance d'une particulière gravité des règles prises en application du sixième alinéa de l'article L. 242-1.

« Le montant du redressement ainsi établi par l'agent chargé du contrôle ne peut être supérieur à celui résultant de l'assujettissement de l'ensemble des contributions de l'employeur au financement du régime.

« III. - Les dispositions du II du présent article ne sont pas applicables lorsque le redressement procède d'un cas d'octroi d'avantage personnel ou d'une mesure discriminatoire au sens de l'article 1er de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, lorsque l'irrégularité en cause a déjà fait l'objet d'une observation lors d'un précédent contrôle, dans la limite des cinq années civiles qui précèdent l'année où est initié le contrôle, ou lorsqu'est établie au cours de cette période l'une ou l'autre des situations suivantes :

« 1° Une situation de travail dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

« 2° Une situation d'obstacle à contrôle, mentionné à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

« 3° Une situation d'abus de droit, défini à l'article L. 243-7-2 du présent code.

« IV. - Par dérogation à l'article L. 243-1, les employeurs ne peuvent, dans les cas prévus au présent article, demander aux salariés le remboursement des cotisations salariales dues sur les montants donnant lieu à redressement. »

II. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2016.

Texte en vigueur

Code de la sécurité sociale

Art. L. 244-2. Toute action ou poursuite effectuée en application de l'article précédent ou des articles L. 244-6 et L. 244-11 est obligatoirement précédée, si elle a lieu à la requête du ministère public, d'un avertissement par lettre recommandée de l'autorité compétente de l'État invitant l'employeur ou le travailleur indépendant à régulariser sa situation dans le mois. Si la poursuite n'a pas lieu à la requête du ministère public, ledit avertissement est remplacé par une mise en demeure adressée par lettre recommandée à l'employeur ou au travailleur indépendant.

Art. L. 133-6-2. – I. – Les travailleurs indépendants relevant du régime social des indépendants souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. Le régime social des indépendants peut déléguer par convention tout ou partie de la collecte et du traitement de ces déclarations aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, pour les travailleurs indépendants relevant du c du 1° de l'article L. 613-1, aux organismes conventionnés mentionnés à l'article L. 611-20.

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

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

Texte du projet de loi

Article 12

I. – L'article L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au I, les mots : « et, pour les travailleurs indépendants relevant du c du 1° de l'article L. 613-1, aux organismes mentionnés à l'article L. 611-20 » sont supprimés ;

2° Le II est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. – Le régime social des indépendants ou, par délégation, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 transmettent les données relevant des articles L. 642-1 et L. 723-5 aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1 et L. 723-1. »

Propositions de la Commission

Article 11 bis

L'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le contenu de l'avertissement ou de la mise en demeure mentionnés à l'alinéa précédent doit être précis et motivé. ».

Amendement AS349

Article 12

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 611-3.

Art. L. 611-20. – La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.

La Caisse nationale peut confier le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le service des prestations maladie, maternité prévues par le présent titre aux bénéficiaires d'allocations ou de pensions de retraite dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 131-1, à des organismes régis, ou bien par le code de la mutualité, ou bien par le présent code, ou bien par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.

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.

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,

II. – Le premier alinéa de l'article L. 611-20 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« La Caisse nationale confie le soin d'assurer le calcul, l'encaissement ainsi que le recouvrement amiable et contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui l'effectuent selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement par ces organismes des cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants non agricoles. »

III. – Au premier alinéa de l'article L. 652-3 du même code, les mots : « les organismes conventionnés » sont remplacés par les mots : « , par délégation, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

contributions 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.

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. 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 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 du présent code ;

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

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 prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.

Le présent article est applicable au recouvrement des indus de prestations sociales, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

IV. – Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes et groupements mentionnés à l'article L. 611-20 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, du transfert de la gestion de l'encaissement et du contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code, à la date fixée au V du présent article, fait l'objet d'une indemnité s'il a pour origine les modifications apportées aux règles régissant la délégation de gestion et présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

V. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret comprise entre le 1er janvier 2017 et le 1er janvier 2018.

Code rural et de la pêche maritime

Article 13

Article 13

Art. L. 731-15. – Les revenus professionnels pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. Ces revenus professionnels proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours desdites années.

I. – Le troisième alinéa de l'article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

(Sans modification)

Ces revenus s'entendent des revenus nets professionnels retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu, éventuellement minorés de la déduction prévue au neuvième alinéa de l'article L. 731-14, ou, le cas échéant, de leur somme. La dotation d'installation en capital accordée aux jeunes agriculteurs ainsi que le montant de la différence entre l'indemnité versée en compensation de l'abattage total ou partiel de troupeaux en application des articles L. 221-2 ou L. 234-4 et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus sont exclus de ces revenus.

Il n'est pas tenu compte des reports

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

déficitaires, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des modalités d'assiette qui résultent d'une option du contribuable et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts. Les contribuables qui ont exercé l'option mentionnée au c du 2 de l'article 75-0 A du code général des impôts peuvent demander à bénéficier de cette option pour la détermination des revenus mentionnés au présent article.

Les revenus mentionnés aux alinéas précédents sont majorés des déductions et abattements qui ne correspondent pas à des dépenses nécessitées par l'exercice de la profession, à l'exception de la déduction opérée en application de l'article 72 D ou de l'article 72 D bis du code général des impôts. Ces revenus sont également majorés du montant des plus-values à court terme exonérées d'impôt sur le revenu en application de l'article 151 septies A du code général des impôts.

Les revenus mentionnés aux alinéas précédents sont également majorés des revenus perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole en contrepartie de la location des terres, biens immobiliers à utilisation agricole et biens mobiliers qui leur sont attachés lorsque ces terres et ces biens sont mis à la disposition d'une exploitation ou d'une entreprise agricole sous forme individuelle ou sociétaire aux travaux de laquelle il participe effectivement. Cette majoration ne s'applique pas lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne procède pas à la déduction du revenu cadastral des terres prévue au neuvième alinéa de l'article L. 731-14.

Art. L. 731-16. - Les cotisations sont calculées, à titre provisionnel, sur une assiette forfaitaire lorsque la durée d'assujettissement ne permet pas de connaître les revenus professionnels servant de base à celles-ci et font l'objet d'une régularisation lorsque ces revenus sont connus. Par dérogation aux dispositions prévues au premier alinéa de l'article L. 731-15, les cotisations sont calculées, pour la première année, sur les revenus d'une seule année et, pour la deuxième année, sur la moyenne des revenus des deux années. Un décret fixe les modalités d'application de ces dispositions.

1° Après les mots : « option du contribuable, » sont insérés les mots : « à l'exception de celle mentionnée au 1 de l'article 75-0 A du code général des impôts s'agissant des revenus exceptionnels définis au a du 2 de cet article, » ;

2° La dernière phrase est supprimée.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Toutefois, par dérogation au précédent alinéa, lorsque le conjoint collaborateur défini par l'article L. 321-5 s'installe en qualité de coexploitant ou d'associé, au sein d'une coexploitation ou d'une société formées entre les conjoints, et qu'il a participé aux travaux de ladite exploitation ou entreprise agricole et a donné lieu à ce titre au versement de la cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 pendant la période prise en compte pour le calcul des cotisations en application du premier alinéa de l'article L. 731-15 ou du premier alinéa de l'article L. 731-19, il n'est pas fait application de l'assiette forfaitaire provisionnelle et ses cotisations sont calculées sur la part, correspondant à sa participation aux bénéfices, des revenus agricoles du foyer fiscal relatifs, selon les cas, à la période visée au premier alinéa de l'article L. 731-15 ou au premier alinéa de l'article L. 731-19. Le présent alinéa est également applicable à la personne liée par un pacte civil de solidarité au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole qui a opté pour le statut de collaborateur prévu à l'article L. 321-5.

Par dérogation au premier alinéa du présent article, en cas de transfert de la qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise entre des conjoints quels qu'en soient le motif et les modalités, les cotisations dues par le conjoint poursuivant la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise sont assises sur la totalité des revenus professionnels agricoles du foyer fiscal au cours de la période visée, selon le cas, au premier alinéa de l'article L. 731-15 ou au premier alinéa de l'article L. 731-19. Le présent alinéa est également applicable à la personne liée par un pacte civil de solidarité au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Les dispositions des deux alinéas précédents ne sont applicables que si la consistance de l'exploitation ou de l'entreprise n'est pas affectée à l'occasion des modifications visées auxdits alinéas au-delà de proportions définies par décret.

Art. L. 731-22-1. – Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole soumis

II. – Avant la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 731-16 du même code, il est inséré une phrase ainsi rédigé : « Toutefois, en cas de décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, le conjoint poursuivant la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise agricole peut, dans des conditions fixées par décret, opter pour le calcul des cotisations et contributions sociales sur une assiette forfaitaire selon les modalités mentionnées au premier alinéa. »

Texte en vigueur

—

au régime réel d'imposition peuvent demander à verser, en complément des cotisations appelées au titre de l'année en cours, un à-valoir sur le montant des cotisations exigibles l'année suivante. Cet à-valoir ne peut excéder 50 % du montant des dernières cotisations appelées. La demande des intéressés doit être formulée auprès de la caisse de mutualité sociale agricole dont ils relèvent.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 133-6-8. - I. - Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants mentionnés au II du présent article bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont calculées mensuellement ou trimestriellement, en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux global fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée aux mêmes articles, de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et des contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants ne relevant pas du régime prévu au présent article. Un taux global différent peut être fixé par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux global ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés auxdits articles 50-0 ou 102 ter, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Le montant mensuel ou trimestriel des cotisations et des contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article ne peut être inférieur à un montant fixé, par décret, en pourcentage de la

Texte du projet de loi

—

III. – À l'article L. 731-22-1 du même code, le taux : « 50 % » est remplacé par le taux : « 75 % ».

IV. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 14

Propositions de la Commission

—

Article 14

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

somme des montants minimaux de cotisation fixés :

1° Pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, en application du deuxième alinéa des articles L. 612-4, L. 612-13 et L. 633-10 et du dernier alinéa de l'article L. 635-5 ainsi que, le cas échéant, du quatrième alinéa de l'article L. 635-1 ;

2° Pour les professions libérales, en application du deuxième alinéa de l'article L. 612-4, de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, des articles L. 644-1 et L. 644-2.

II. – Le présent article s'applique aux travailleurs indépendants relevant des professions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 et à ceux relevant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse. Le bénéfice de ces dispositions peut être étendu par décret, pris après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés, à tout ou partie des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les autres travailleurs indépendants.

III. – Le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer à la date à laquelle les travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Par dérogation, le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer au 31 décembre de l'année au cours de laquelle sont exercées les options prévues au 4 du même article 50-0 et au 5 du même article 102 ter.

IV. – Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article sont calculées, à la demande de

Le II de l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions du I et du premier alinéa du II du présent article, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts qui relevaient au 31 décembre 2015 du régime défini à l'article L. 131-6-2 du présent code continuent de relever de ce régime jusqu'au 31 décembre 2019, sauf demande contraire. »

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

ces derniers, sur la base soit d'un revenu forfaitaire, soit d'un pourcentage du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise.

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

Art. L. 242-1-2. – Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation à l'article L. 242-1, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail sont, à défaut de preuve contraire, évaluées forfaitairement à six fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-3 du même code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises à l'article L. 242-1-1 du présent code et sont réputées avoir été versées au cours du mois où le délit de travail dissimulé est constaté.

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.

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

Article 14 bis

I. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « , évaluées forfaitairement à six fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-3 » sont remplacés par les mots : « en termes de durée effective d'emploi et de rémunération versée, évaluées forfaitairement à 25 % du plafond annuel défini à l'article L. 241-3 ».

II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au titre des constats de délit de travail dissimulé établis à compter du 1^{er} janvier 2016.

Amendement AS387

CHAPITRE III

Dispositions relatives aux recettes et à la trésorerie des organismes de sécurité sociale

Article 15

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

A. – Le dernier alinéa de l'article L. 131-7 est ainsi rédigé :

CHAPITRE III

Dispositions relatives aux recettes et à la trésorerie des organismes de sécurité sociale

Article 15

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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.

Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux réductions et aux exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4 et L. 241-13 et au second alinéa de l'article L. 242-11, dans leur rédaction en vigueur au 1er janvier 2015 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées à ces mêmes articles, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1, dans sa rédaction résultant du 11° du I de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

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

« Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux réductions et aux exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4 et L. 241-13 et au second alinéa de l'article L. 242-11, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3, dans leur rédaction en vigueur au 1er janvier 2016. »

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

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, le taux :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

fraction correspondant à 53,5 % ;

— à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 18 % ;

— au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 28,5 % ;

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° (Abrogé) ;

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

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 57,53 % ;

b) À la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 8,97 % ;

« 53,5 % » est remplacé par le taux : « 61,1 % » ;

b) Au troisième alinéa, le taux : « 18 % » est remplacé par le taux : « 19,2 % » ;

c) Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« — à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 17,2 % ;

« — au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 2,5 % ; »

2° Le 7° est ainsi modifié :

a) Au b, le taux : « 8,97 % » est remplacé par le taux : « 9,19 % » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 7,99 %, 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 SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau et de la Régie autonome des transports parisiens et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,60 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;

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

h) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 % ;

i) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 %.

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. 135-1. – Il est créé un fonds dont la mission est de prendre en charge les

b) Au f, les mots : « , aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau et de la Régie autonome des transports parisiens » sont supprimés et le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,38 % ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale, tels qu'ils sont définis par l'article L. 135-2.

Ce fonds, dénommé : fonds de solidarité vieillesse, est un établissement public de l'État à caractère administratif. La composition du conseil d'administration, qui est assisté d'un comité de surveillance composé notamment de membres du Parlement, de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ainsi que de représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives, ainsi que les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds sont fixées par décret en Conseil d'État.

À titre transitoire, jusqu'à une date fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et de la sécurité sociale qui ne peut être postérieure au 31 décembre 2005, le fonds de solidarité vieillesse gère la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie instituée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le fonds de solidarité vieillesse peut à titre dérogatoire recruter des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

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 ;

C. – Le troisième alinéa de l'article L. 135-1 est supprimé.

D. – L'article L. 135-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 135-2. – Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse sont retracées dans trois sections distinctes.

« I. – La première section retrace :

« 1° Le financement des allocations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 643-1, au chapitre V du titre Ier du livre VIII et à l'article 2 de l'ordonnance

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>- au chapitre V du titre I^{er} du livre VIII ;</p>	<p>n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;</p>	<p>—</p>
<p>- à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;</p>	<p>« 2° Les sommes représentatives de la prise en compte, par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, dans la durée d'assurance :</p>	
<p>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 ;</p>	<p>« a) Des périodes mentionnées aux 1°, 3° et 8° de l'article L. 351-3 ;</p>	
<p>3° Les sommes correspondant au service, par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural :</p>	<p>« b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 1233-68, L. 5422-1, L. 5423-1, L. 5423-7 et L. 5423-8 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 5123-2 du même code et de la rémunération mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 1233-72 de ce code ;</p>	
<p>a) Des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ;</p>	<p>« c) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné à l'article L. 5123-6 du code du travail ;</p>	
<p>b) Des majorations de pensions pour conjoint à charge ;</p>	<p>« 3° Les sommes correspondant à la prise en compte, par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 ;</p>	
<p>4° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural, dans la durée d'assurance :</p>	<p>« 4° Les dépenses mentionnées à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;</p>	
<p>a) Des périodes de service national légal de leurs assurés ;</p>	<p>« 5° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;</p>	
	<p>« 6° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à</p>	

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 1233-68, L. 351-3, L. 351-9, L. 351-10 et L. 351-10-2 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 322-4 du même code, de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) et de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du code du travail ;

c) Des périodes de chômage non indemnisé visées au 3° de l'article L. 351-3 du présent code ;

d) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ;

e) Des périodes de versement de l'allocation de congé solidarité prévue à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer ;

f) Des périodes mentionnées au 1° de l'article L. 351-3 ;

g) Des périodes mentionnées au 8° du même article L. 351-3 ;

5° Les sommes correspondant à la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du

Mayotte et, selon des modalités de calcul fixées par décret, les sommes représentatives de la prise en compte au titre de la durée d'assurance, par le régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale mentionné à l'article 5 de cette ordonnance, des périodes définies à son article 8 ;

« 7° Les sommes représentatives de la prise en compte, par les régimes d'assurance vieillesse de base, dans le salaire de base mentionné à l'article L. 351-1, des indemnités journalières mentionnées au même article ;

« 8° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail ;

« 9° Le remboursement, à la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon, des dépenses correspondant à l'application au régime d'assurance vieillesse de cette collectivité, dans les conditions prévues par la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, des avantages non contributifs mentionnés aux 1° à 5°, 7° et 8° ;

« 10° Le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient.

« Les sommes mentionnées aux 2°, 5° et 7° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« II. – La deuxième section retrace :

« 1° La prise en charge d'une fraction fixée par décret, qui ne peut être inférieure à 50 %, des sommes correspondant au service, par le régime

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

présent code et à l'article 1024 du code rural des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 ci-après ;

6° Les sommes correspondant au paiement par les organismes visés aux articles 1002 et 1142-8 du code rural des majorations des pensions accordées en fonction du nombre d'enfants aux ressortissants du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles ;

7° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;

8° Les frais de gestion administrative du fonds correspondant à des opérations de solidarité ;

9° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et, selon des modalités de calcul fixées par décret, les sommes représentatives de la prise en compte au titre de la durée d'assurance, par le régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale mentionné à l'article 5 de cette ordonnance, des périodes définies à son article 8 ;

10° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base, dans le salaire de base mentionné à l'article L. 351-1, des indemnités journalières mentionnées au même article ;

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

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

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 ;

« 2° La prise en charge 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, des majorations de pensions pour conjoint à charge.

« III. – La troisième section retrace les versements, fixés par décret, 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 aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

« IV. – Les frais de gestion administrative du fonds sont répartis entre chacune des sections dans des conditions fixées par décret. »

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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.

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

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

2° Une fraction fixée à l'article L. 131-8 du présent code du produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code ;

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

4° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à l'article L. 651-2-1 ;

5° (Abrogé) ;

6° (Abrogé) ;

E. – L'article L. 135-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 135-3. – I. – Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées au I de l'article L. 135-2 sont constituées par :

« 1° Une fraction, fixée par le IV bis de l'article L. 136-8, du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

« 2° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;

« 3° Le produit du prélèvement mentionné à l'article 1600-0 S du code général des impôts.

« II. – Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées au II de l'article L. 135-2 sont constituées par :

« 1° Une fraction, fixée au 1° de l'article L. 131-8, du produit de la taxe sur les salaires ;

« 2° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ;

« 3° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de l'entreprise, n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

7° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;

« 4° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail ;

8° Les fonds consignés au 31 décembre 2003 au titre des compensations prévues à l'article L. 134-1 ;

« 5° Les sommes acquises à l'État conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

9° Alinéa abrogé

« 6° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

10° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 ;

« 7° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1710-1785 mégahertz, 1805-1880 mégahertz, 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques.

10° bis Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de

« III. – Les recettes qui ont été mises en réserve par le fonds pour le financement des dépenses mentionnées au III de l'article L. 135-2, ainsi que les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section, sont retracés au sein de la troisième section du fonds.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'entreprise, n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

10° ter Les sommes acquises à l'État conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

10° quater Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

10° quinquies Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1710-1785 mégahertz, 1805-1880 mégahertz, 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

10° sexies Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-5 du présent code ;

11° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail.

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 section distincte qui retrace :

I. – En recettes :

1° Abrogé

2° Abrogé

3° Les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.

II. – En dépenses, à partir de 2016, les versements du fonds au régime général, au

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

F. – Les articles L. 135-3-1 et L. 135-4 sont abrogés.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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.

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

Art. L. 135-4. – La part des contributions sociales qui revient au fonds en application du 1° de l'article L. 135-3 lui est versée, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale s'agissant du produit correspondant à la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 et par l'État s'agissant du produit correspondant aux contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7.

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 ;

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 les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts :

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

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

1° D'une part, excèdent 10 633 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire. 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 € ;

2° D'autre part, sont inférieurs à 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 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 €.

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.

IV. – Le produit des contributions mentionnées au I est versé :

1° À la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,87 % ;

2° Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 0,85 % ;

3° À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie visée à l'article 8 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, pour la part correspondant à un taux de 0,1 % ;

1° Le IV est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « au I » sont remplacés par les mots : « aux 1° et 3° du I, II et III » ;

b) Au 1°, le taux : « 0,87 % » est remplacé par le taux : « 0,85 % » ;

c) Les 2° et 3° sont abrogés ;

d) Au 4° :

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code, pour la part correspondant à un taux :</p>	<p>— au premier alinéa, les mots : « les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « des conditions fixées par décret et en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées dans chaque régime » ;</p>	
<p>a) De 5,20 % pour les contributions mentionnées au 1° du I ;</p>	<p>— au a, le taux : « 5,20 % » est remplacé par le taux : « 6,05 % » ;</p>	
<p>b) De 4,80 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ;</p>	<p>— au b, le taux : « 4,80 % » est remplacé par le taux : « 5,75 % » ;</p>	
<p>c) De 5,90 % pour les contributions mentionnées au 2° du I ;</p>	<p>— le c est abrogé ;</p>	
<p>d) De 3,90 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;</p>	<p>— au d, le taux : « 3,9 % » est remplacé par le taux : « 4,75 % » ;</p>	
<p>e) De 4,30 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ;</p>		
<p>f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III.</p>		
<p>5° À la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,48 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,28 %.</p>	<p>e) Au 5°, le taux : « 0,48 % » est remplacé par le taux : « 0,6 % » et le taux : « 0,28 % » est remplacé par le taux : « 0,3 % » ;</p>	
	<p>2° Après le IV, il est inséré un IV bis ainsi rédigé :</p>	
	<p>« IV bis. - Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé :</p>	
	<p>« 1° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 7,6 % ;</p>	
	<p>« 2° À la Caisse d'amortissement de la dette sociale pour la part correspondant à un taux de 0,6 % » ;</p>	
<p>V. — Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p>	<p>3° Le V est ainsi modifié :</p>	
<p>1° À la Caisse nationale des allocations familiales, pour 18 % ;</p>		

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° Au fonds de solidarité vieillesse, pour 14 % ;

a) Les 2° et 3° sont abrogés ;

3° À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour 2 % ;

b) Le 4° est ainsi rédigé :

4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1, pour 66 %.

« 4° À la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour 82 % . »

VI. – 1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir le produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article.

2. Il en est de même pour les produits recouverts simultanément aux contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 et pour les produits mentionnés aux I et III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée.

3. Pour l'application du présent VI, le montant global des contributions et prélèvements sociaux mentionnés à l'article L. 138-21 qui est reversé par l'État à l'agence est réparti entre les affectataires de ces contributions et prélèvements au prorata des taux des contributions et prélèvements qui leur sont affectés à la date de leur fait générateur.

H. – L'article L. 137-17 est ainsi rédigé :

Art. L. 137-17. – Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est versé :

« Art. L. 137-17. – Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est versé à la Caisse nationale d'assurance vieillesse. »

1° À la Caisse nationale d'assurance vieillesse, pour une fraction correspondant à 80 % ;

2° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 20 %.

Art. L. 223-1. – La caisse nationale des allocations familiales a pour rôle :

I. – Le 5° de l'article L. 223-1 est ainsi rédigé :

1° D'assurer le financement de l'ensemble des régimes de prestations

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

familiales ;

2° De gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration ;

3° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;

4° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses d'allocations familiales et des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'État ;

5° De verser au Fonds de solidarité vieillesse créé à l'article L. 135-1 un montant égal aux dépenses prises en charge par ce fonds au titre des majorations de pensions mentionnées au a du 3° et au 6° de l'article L. 135-2 ; ce versement fait l'objet d'acomptes ;

6° D'assurer le remboursement des indemnités ou allocations versées dans les conditions fixées par les articles L. 331-8, L. 615-19-2 et L. 722-8-3 du présent code, les articles L. 732-12-1 et L. 742-3 du code rural et le dernier alinéa de l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines, ainsi que des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations dont le montant est fixé par arrêté ministériel ;

7° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant aux ouvriers sous statut de l'Etat, aux magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits

« 5° De rembourser les 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, des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ; »

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ;

8° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.

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

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

– une part correspondant à un taux de 1,3 % à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ;

– une part correspondant à un taux de 1,15 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

– une part correspondant à un taux de 2,05 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

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 13,3 % ;

2° À la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 41,7 % ;

J. – Le II de l'article L. 245-16 est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est supprimé ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « d'assurance vieillesse des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « de solidarité pour l'autonomie » ;

3° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« – une part correspondant à un taux de 3,35 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1. »

K. – L'article L. 651-2-1 est ainsi modifié

1° Au 1°, le taux : « 13,3 % » est remplacé par le taux : « 27,3 % » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

3° Au fonds mentionné à l'article L. 135-3, pour une fraction correspondant à 14 % ;

2° Le 3° est abrogé.

4° À la branche des assurances invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, pour une fraction correspondant à 31 %.

La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.

Code général des impôts

Art. 1600-0 S. – I. – Il est institué :

1° Un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale ;

2° Un prélèvement de solidarité sur les produits de placement mentionnés à l'article L. 136-7 du même code.

II. – Le prélèvement de solidarité mentionné au 1° du I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.

Le prélèvement de solidarité mentionné au 2° du même I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

III. – Le taux des prélèvements de solidarité mentionnés au I est fixé à 2 %

IV. – Le produit des prélèvements de solidarité mentionnés au I est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

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 :

II. – Au IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts, les mots : « à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale ».

III. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

A. – L'article L. 14-10-4 est ainsi modifié :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 ;

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 le montant des revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts, est supérieur ou égal au seuil mentionné au 2° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus à l'article L. 136-5 du même code.

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 ;

1° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ; »

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 ;

2° Le 4° est abrogé.

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 ;

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. La répartition de cette part entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget.

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 :

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

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

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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.

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

1° Les a bis des 1 et 2 du I sont abrogés ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 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 sont imputées sur les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.

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

Art. 6. – Les ressources de la Caisse d'amortissement de la dette sociale sont constituées par :

1° Le produit des contributions instituées par le chapitre II. Ce produit est versé à la caisse, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, s'agissant du produit correspondant à la contribution mentionnée à l'article 14, et par l'État, s'agissant du produit correspondant aux contributions mentionnées aux articles 15 à 18 ;

2° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux

IV. – L'article 6 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. Cette fraction est fixée au IV de l'article L. 136-8 du même code ;

3° Une fraction du produit des prélèvements mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du même code, fixée à l'article L. 245-16 dudit code ;

4° Les versements du Fonds de réserve pour les retraites dans les conditions fixées au dernier alinéa du I et au II de l'article L. 135-6 du même code.

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

Art.22. – I.

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

(En millions d'euros)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2011	1084	291	40	145	66
2012	964	259	35	129	59
2013	843	226	31	113	51
2014	723	194	26	97	44
2015	602	162	22	81	37
2016	482	129	18	65	29
2017	361	97	13	48	22
2018	241	65	9	32	15
2019	120	32	4	16	7

(1) Part supplémentaire de la contribution sociale prévue à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale affectée à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)

(2) Part supplémentaire du prélèvement social prévu à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale affectée à la CNAF

(3) Part supplémentaire de la contribution additionnelle au prélèvement mentionné à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, affectée à la CNAF

1° Au 2°, les mots : « au IV » sont remplacés par les mots : « aux IV et IV bis » ;

2° Le 3° est abrogé.

V. – Le VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 est abrogé.

Texte en vigueur

(4) Part supplémentaire du prélèvement de solidarité prévu au 2° du I de l'article 1600-0 S du code général des impôts, affectée à la CNAF

(5) Part supplémentaire de la contribution prévue à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale affectée à la CNAF

Le prélèvement mentionné au premier alinéa du présent VI est versé par l'État. Il est réparti entre les différents attributaires des contributions et prélèvements mentionnés au tableau de l'avant-dernier alinéa au prorata de leur part respective dans ces prélèvements en 2011. Pour les exercices ultérieurs, il peut être imputé sur l'ensemble des contributions et prélèvements mentionnés au même tableau dont ces organismes sont affectataires. Les modalités de versement sont fixées par convention entre l'Etat et les organismes affectataires des contributions et prélèvements concernés.

Ordonnance n° 2015-896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon

Art. 2. – Après le 12° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 13° Le remboursement, à la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon, des dépenses correspondant à l'application au régime d'assurance vieillesse de cette collectivité, dans les conditions prévues par la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 modifiée portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, des avantages non contributifs mentionnés aux 1° à 7°, 10° et 11° du présent article. »

Code de la sécurité sociale

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,

Texte du projet de loi

VI. – L'article 2 de l'ordonnance n° 2015-896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est abrogé.

VII. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux dispositions des articles 135, 149 et 171 de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'État pendant toute la durée de son application.

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.

Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux réductions et aux exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4 et L. 241-13 et au second 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 à ces mêmes articles, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1, dans sa rédaction résultant du 11° du I de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

chances économiques.

VIII. – A. – Les B, G, J et K du I ainsi que les II, III et IV s'appliquent aux produits des impositions assises sur les opérations dont le fait générateur intervient à compter du 1^{er} janvier 2016, à l'exception des dispositions relatives aux impositions sur les revenus du patrimoine

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

qui s'appliquent aux produits recouverts par la voie des rôles émis à compter du 1er janvier 2016.

B. – Les autres dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1er janvier 2016.

Article 16

En 2016, il est prélevé, au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés créé par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une somme de 40 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2014, du fonds pour l'emploi hospitalier créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

Article 17

Le II quinquies de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

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

Art. 4. – I. – La dette d'un montant de 137 milliards de francs de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations constatée au 31 décembre 1995, correspondant au financement des déficits accumulés au 31 décembre 1995 par le régime général de sécurité sociale et à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1996, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1^{er} janvier 1996.

II. – La dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations correspondant, d'une part, au financement des déficits accumulés par le régime général de sécurité sociale constatés au 31 décembre 1997 dans la limite de 75 milliards de francs et, d'autre part, à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1998 dans la limite de 12 milliards de francs, est transférée à la Caisse d'amortissement de la

Article 16

(Sans modification)

Article 17

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

dette sociale à compter du 1^{er} janvier 1998.

Il bis. – La couverture des déficits cumulés de la branche mentionnée au 1^o de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale arrêtés au 31 décembre 2003 et celui du déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à hauteur de 10 milliards d'euros le 1^{er} septembre 2004 et dans la limite de 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004. La couverture des déficits prévisionnels de la même branche au titre des exercices 2005 et 2006 prévus par les lois de financement de la sécurité sociale de ces mêmes années est assurées par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite de 15 milliards d'euros. Les montants et les dates des versements correspondants sont fixés par décret, après avis du secrétaire général de la commission instituée à l'article L. 114-1 du même code.

Il ter. – La couverture des déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches mentionnées aux 1^o et 3^o de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale effectués au cours de l'année 2009, dans la limite de 27 milliards d'euros. Ces déficits cumulés sont établis compte tenu des reprises de dette mentionnées aux I, II et II bis du présent article ainsi que des transferts résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale.

Dans le cas où le montant total des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 27 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches et organismes fixé à l'alinéa précédent.

Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2008 sont fixés par décret.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Il quater. – La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, ainsi que des déficits prévisionnels pour l'exercice 2011 des branches mentionnées aux 1° et 4° du même article L. 200-2, est assurée, au plus tard le 31 décembre 2011, par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 68 milliards d'euros.

Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 68 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches fixé au même alinéa.

Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2010 sont fixés par décret.

Il quinquies. – La couverture des déficits des exercices 2011 à 2017 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, déduction faite de la part des déficits de l'exercice 2011 couverte en application du II quater du présent article est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 62 milliards d'euros sur la période et dans la limite de 10 milliards par an. Les versements, dont les dates et montants sont fixés par décret et qui peuvent faire l'objet d'acomptes provisionnels, interviennent au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012.

Dans le cas où le montant des déficits mentionnés au premier alinéa du présent II quinquies excède les plafonds qui y sont cités, les transferts sont affectés, par priorité, à la couverture des déficits de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 dudit

1° À la première phrase du premier alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2015 » et les mots : « et dans la limite de 10 milliards par an » sont supprimés ;

2° Au second alinéa, les mots : « les plafonds qui y sont cités » sont remplacés par les mots : « le plafond qui y est cité ».

1°bis Après le mot : « décret », la fin de la seconde phrase du même alinéa est ainsi rédigée : « peuvent faire l'objet d'acomptes provisionnels. ».

Amendement AS385

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

code, puis de ceux du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, puis des déficits les plus anciens de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 dudit code et, enfin, des déficits de la branche mentionnée au 4° du même article.

II sexies. - La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime est assurée, au plus tard le 31 décembre 2011, par un transfert de 2 466 641 896,19 € de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

III. - Dans la limite totale de 3 milliards de francs, la Caisse d'amortissement de la dette sociale verse au cours de l'année 1996 au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles visée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale :

- dans la limite d'un milliard de francs un apport, destiné à apurer en tout ou partie le report à nouveau négatif au 31 décembre 1995 ;

- pour le reliquat, une recette exceptionnelle concourant au financement du déficit prévisionnel de l'exercice 1996 compte non tenu de la recette visée au 3° de l'article L. 612-1 du code de la sécurité sociale ;

IV. - La caisse verse chaque année au budget général de l'État, de l'année 1996 à l'année 2000, une somme de 12,5 milliards de francs et, en 2001, une somme de 12,15 milliards de francs. Elle verse une somme de 3 milliards d'euros chaque année, de 2002 à 2005.

V. - La caisse verse le 1^{er} avril 2003 la somme de 1 096 969 089,92 Euros à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Elle verse à la même date, au titre de

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

la créance relative aux exonérations de cotisations énumérées au 1^o de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale constatée dans les comptes de chacun des régimes au titre de l'exercice 2000, la somme de 171 465 344,88 Euros à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la somme de 10 484 547,75 Euros à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, la somme de 2 118 360,20 Euros à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et la somme de 1 801 493,21 Euros à l'Établissement national des invalides de la marine.

VI. – La caisse verse le 1^{er} avril 2004 la somme de 1 097 307 635,44 Euros à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

VII. – Sont considérées comme définitives les opérations de produits et de charges dans les comptes clos des branches du régime général et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale au titre des exercices ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures de transfert mentionnées au présent article, sous réserve qu'il s'agisse d'opérations réciproques entre ces organismes et qu'aucune disposition législative ne prévoie qu'il s'agit d'acomptes.

CHAPITRE IV

Dispositions relatives à l'architecture financière de la sécurité sociale

Article 18

I. – À compter d'une date fixée par décret comprise entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018 inclus :

1^o Les salariés et anciens salariés ainsi que leurs ayants droits qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du grand port maritime de Bordeaux sont, pour les risques qu'il couvre, affiliés ou pris en charge, à l'exception des prestations en espèces prévues au 5^o de l'article L. 321-1 et

CHAPITRE IV

Dispositions relatives à l'architecture financière de la sécurité sociale

Article 18

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale, par le régime général de sécurité sociale dans la limite des règles qui lui sont propres. Le premier alinéa de l'article L. 131-9 du même code leur demeure applicable ;

2° Il est mis fin à ce régime spécial. Le montant de ses réserves qui est transféré à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget compte tenu, après examen contradictoire, de la part de ces réserves affectée au régime obligatoire constatée au 31 décembre de l'année précédant la date mentionnée au premier alinéa.

II. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de mise en œuvre du transfert prévu au b du I, notamment les adaptations des règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres I^{er} à III et VI du livre III du code de la sécurité sociale rendues nécessaires par ce transfert.

Un décret fixe, pour une période transitoire ne pouvant excéder sept ans à compter de cette date du transfert le taux des cotisations dues chaque année par le grand port maritime de, Bordeaux, à raison de l'affiliation au régime général de sécurité sociale des assurés qui relevaient antérieurement de ce régime spécial, permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation mentionné à l'article L. 712-9 du code de la sécurité sociale.

Code de la sécurité sociale

Article 19

Article 19

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 :

À l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, après le 32°, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

(Sans modification)

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

Texte en vigueur

2° les voyageurs et représentants de commerce soumis aux dispositions des articles L. 751-1 et suivants du code du travail ;

3° les employés d'hôtels, cafés et restaurants ;

4° sans préjudice des dispositions du 5°) du présent article réglant la situation des sous-agents d'assurances, les mandataires non assujettis à la contribution économique territoriale mentionnés au 4° de l'article R. 511-2 du code des assurances rémunérés à la commission, qui effectuent d'une façon habituelle et suivie des opérations de présentation d'assurances pour une ou plusieurs entreprises d'assurances telles que définies par l'article L. 310-1 du code des assurances et qui ont tiré de ces opérations plus de la moitié de leurs ressources de l'année précédente ;

5° les sous-agents d'assurances travaillant d'une façon habituelle et suivie pour un ou plusieurs agents généraux et à qui il est imposé, en plus de la prospection de la clientèle, des tâches sédentaires au siège de l'agence ;

6° les gérants non-salariés des coopératives et les gérants de dépôts de sociétés à succursales multiples ou d'autres établissements commerciaux ou industriels ;

7° les conducteurs de voitures publiques dont l'exploitation est assujettie à des tarifs de transport fixés par l'autorité publique, lorsque ces conducteurs ne sont pas propriétaires de leur voiture ;

8° les porteurs de bagages occupés dans les gares s'ils sont liés, à cet effet, par un contrat avec l'exploitation ou avec un concessionnaire ;

9° les ouvreuses de théâtres, cinémas, et autres établissements de spectacles, ainsi que les employés qui sont dans les mêmes établissements chargés de la tenue des vestiaires et qui vendent aux spectateurs des objets de nature diverse ;

10° les personnes assurant habituellement à leur domicile, moyennant rémunération, la garde et l'entretien d'enfants

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

qui leur sont confiés par les parents, une administration ou une oeuvre au contrôle desquels elles sont soumises ;

11° Les gérants de sociétés à responsabilité limitée et de sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée à condition que lesdits gérants ne possèdent pas ensemble plus de la moitié du capital social, étant entendu que les parts appartenant, en toute propriété ou en usufruit, au conjoint, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité et aux enfants mineurs non émancipés d'un gérant sont considérées comme possédées par ce dernier ;

12° Les présidents du conseil d'administration, les directeurs généraux et les directeurs généraux délégués des sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme ;

13° les membres des sociétés coopératives de production ainsi que les gérants, les directeurs généraux, les présidents du conseil d'administration et les membres du directoire des mêmes coopératives lorsqu'ils perçoivent une rémunération au titre de leurs fonctions et qu'ils n'occupent pas d'emploi salarié dans la même société ;

14° les délégués à la sécurité des ouvriers des carrières exerçant leurs fonctions dans des entreprises ne relevant pas du régime spécial de la sécurité sociale dans les mines, les obligations de l'employeur étant, en ce qui les concerne, assumées par le ou les exploitants intéressés ;

15° les artistes du spectacle et les mannequins auxquels sont reconnues applicables les dispositions des articles L. 762-1 et suivants, L. 763-1 et L. 763-2 du code du travail.

Les obligations de l'employeur sont assumées à l'égard des artistes du spectacle et des mannequins mentionnés à l'alinéa précédent, par les entreprises, établissements, services, associations, groupements ou personnes qui font appel à eux, même de façon occasionnelle ;

16° les journalistes professionnels et assimilés, au sens des articles L. 761-1 et L. 761-2 du code du travail, dont les

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

fournitures d'articles, d'informations, de reportages, de dessins ou de photographies à une agence de presse ou à une entreprise de presse quotidienne ou périodique, sont réglées à la pige, quelle que soit la nature du lien juridique qui les unit à cette agence ou entreprise ;

17° Les personnes agréées qui accueillent des personnes âgées ou handicapées adultes et qui ont passé avec celles-ci à cet effet un contrat conforme aux dispositions de l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles ;

18° Les vendeurs-colporteurs de presse et porteurs de presse, visés aux paragraphes I et II de l'article 22 de la loi n° 91-1 du 3 janvier 1991 tendant au développement de l'emploi par la formation dans les entreprises, l'aide à l'insertion sociale et professionnelle et l'aménagement du temps de travail, pour l'application du troisième plan pour l'emploi, non immatriculés au registre du commerce ou au registre des métiers ;

19° Les avocats salariés, sauf pour les risques gérés par la Caisse nationale des barreaux français visée à l'article L. 723-1 à l'exception des risques invalidité-décès ;

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 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.

Un décret précise les sommes, les activités et les 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, quand ce dernier maintient en tout ou partie la rémunération.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Il fixe également les conditions dans lesquelles les deux premiers alinéas du présent 21° 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, défini à l'article L. 131-6 du présent code, ou les revenus professionnels, définis à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, que ces personnes tirent de leur profession.

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 ;

23° Les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées et des sociétés d'exercice libéral par actions simplifiées ;

24° Les administrateurs des groupements mutualistes qui perçoivent une indemnité de fonction et qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale ;

25° Les personnes bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique dans les conditions définies par l'article L. 127-1 du code de commerce ;

26° Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 781-1 du code du travail ;

27° Les fonctionnaires et agents publics autorisés à faire des expertises ou à donner des consultations au titre du décret du 29 octobre 1936 relatif aux cumuls de retraites, de rémunérations et de fonctions, dans le cadre d'activités de recherche et d'innovation, ainsi que ceux qui sont autorisés à apporter leur concours scientifique à une entreprise qui assure la valorisation de leurs travaux au titre de l'article L. 531-8 du code de la recherche. Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables, sur leur demande, aux personnes inscrites auprès des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales en qualité de travailleurs indépendants lorsque

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'existence d'un lien de subordination avec le donneur d'ouvrage ne peut être établi ;

28° Les personnes ayant souscrit un service civique dans les conditions prévues au chapitre II du titre I^{er} bis du livre I^{er} du code du service national ;

29° Les arbitres et juges, mentionnés à l'article L. 223-1 du code du sport, au titre de leur activité d'arbitre ou de juge ;

30° Les présidents des sociétés coopératives de banque, mentionnées aux articles L. 512-61 à L. 512-67 du code monétaire et financier ;

31° Les salariés au titre des sommes ou avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L. 242-1-4 ;

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

« 33° Dans le respect de la convention du travail maritime, 2006, de l'Organisation internationale du travail, les gens de mer salariés employés à bord d'un navire battant pavillon d'un État étranger autre qu'un navire dans le cas mentionné au 34° et qui résident en France de manière stable et régulière, sous réserve qu'ils ne soient pas soumis à la législation de sécurité sociale d'un État étranger, en application des règlements de l'Union européenne ou d'accords internationaux de sécurité sociale ;

« 34° Les gens de mer salariés employés à bord d'un navire mentionné à l'article L. 5561-1 du code des transports, sous réserve qu'ils ne soient pas soumis au régime de protection sociale d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France en application de l'article L. 5563-1 du même code. »

Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Article 20

Article 20

Livre I^{er}
Généralités - Dispositions communes à tout

I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité

(Sans modification)

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
ou partie des régimes de base	sociale est ainsi modifié :	
Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre IV Relations inter-régimes Section 1 Compensation généralisée	A. – Le chapitre IV du titre III est ainsi modifié :	
	1° La section 1 est ainsi modifiée :	
	a) Dans l'intitulé, les mots : « Compensation généralisée » sont remplacés par les mots : « Relations financières entre les régimes d'assurance vieillesse » ;	
	b) L'article L. 134-3 est transféré dans cette section et est ainsi rédigé :	
Art. L. 134-3. – La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge, pour l'ensemble des agents en activité et des retraités relevant du régime spécial de sécurité sociale de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III.	« Sont retracées dans les comptes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et des produits :	
	« 1° Des branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 611-2 ;	
	« 2° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ;	
	« 3° Du risque vieillesse et veuvage de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime.	
	« Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 2° du présent article.	
	« Un décret fixe les modalités d'application du présent article » ;	
	2° La section 2 est ainsi modifiée :	
Section 2	a) Elle est intitulée : « Relations	

Texte en vigueur

Compensation entre le régime général et les régimes de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau, des mineurs et de la Régie autonome des transports parisiens (maladie, maternité, invalidité)

Art. L. 134-4. – La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III et à la section 1 du chapitre III du titre V du livre VII, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et retraités relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des mineurs et des agents de la Régie autonome des transports parisiens.

La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par les organismes propres aux régimes spéciaux en cause auxquels les intéressés restent affiliés.

La caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, et la Régie autonome des transports parisiens pour les agents du cadre permanent, continuent de servir l'ensemble des prestations prévues par les dispositions en vigueur.

Art. L. 134-5. – Le taux des cotisations dues au régime général par les régimes spéciaux mentionnés aux articles L. 134-3 et

Texte du projet de loi

financières entre la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et les autres régimes » ;

b) Sa subdivision en sous-sections est supprimée ;

c) L'article L. 134-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 134-4. – Sont retracées dans les comptes de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et produits :

« 1° De la branche mentionnée au 1° de l'article L. 611-2 ;

« 2° De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des charges relatives aux indemnités journalières mentionnées aux articles L. 732-4 et L. 762-18-1 du même code et des frais de gestion et de contrôle médical associés à ces indemnités ainsi que des produits relatifs aux cotisations qui couvrent ses indemnités et frais ;

« 3° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime ;

« 4° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès des régimes mentionnés à l'article L. 711-1 ; pour ces régimes, il est fait un suivi des dépenses n'entrant pas dans le champ de l'article L. 160-1.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. » ;

d) L'article L. 134-5 est abrogé ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

L. 134-4, au titre des travailleurs salariés en activité ou retraités, est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ces régimes continuent à assumer.

Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa de l'article L. 134-4 susmentionné, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et à la Régie autonome des transports parisiens les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature. Elle rembourse, dans les mêmes limites, à la caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau les prestations en nature versées par cet organisme pour le compte du régime général et à la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau les dépenses afférentes aux soins médicaux et paramédicaux dispensés aux agents en activité.

Les soldes qui en résultent entre les divers régimes et la caisse nationale de l'assurance maladie sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1. Lorsque la branche Maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche Maladie-maternité du régime créancier.

Des décrets fixent, pour chaque régime spécial, les modalités d'application du présent article et des articles L. 134-3 et L. 134-4.

Section 3

Compensation entre le régime général et le régime des clercs et employés de notaires (maladie et maternité)

Art. L. 134-5-1. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend en charge la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III, pour l'ensemble des travailleurs salariés en activité et des retraités relevant du

3° La section 3 est ainsi modifiée :

a) Elle est intitulée : « Relations financières entre régimes au titre de la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles » ;

b) L'article L. 134-5-1 est abrogé ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

régime des clercs et employés de notaires.

La gestion des risques mentionnés au premier alinéa demeure assurée par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires à laquelle les intéressés restent affiliés.

Le taux des cotisations dues au régime général par le régime des clercs et employés de notaires au titre des travailleurs salariés en activité et des retraités est fixé compte tenu des charges d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative et de contrôle médical que ce régime continue à assumer. Dans les limites de la couverture prévue au premier alinéa, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires les dépenses afférentes aux soins et aux prestations en nature.

Les soldes qui en résultent entre ce régime et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixés dans les conditions définies par le dernier alinéa de l'article L. 134-1. Lorsque la branche Maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche Maladie-maternité du régime créancier.

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

Art. L. 134-7. – Il est institué entre le régime général de sécurité sociale et le régime des salariés agricoles défini au chapitre I^{er} du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, une compensation en matière d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles destinée à remédier aux inégalités provenant du déséquilibre démographique et de la disparité des capacités contributives entre ces deux régimes.

Cette compensation est limitée aux charges que les deux régimes susmentionnés supportent au titre des rentes de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies

c) Les articles L. 134-7, L. 134-8, L. 134-10, L. 134-11 et L. 134-15 sont transférés dans cette section ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

professionnelles.

Art. L. 134-8. – Cette compensation ne doit pas avoir pour effet d’abaisser le taux moyen des cotisations d’accidents du travail du régime agricole à un niveau inférieur à celui du taux moyen interprofessionnel du régime général.

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

Art. L. 134-11. – Les mesures d’application de la présente sous-section, et notamment les règles de calcul et les modalités de versement des transferts opérés entre les régimes concernés au titre de la compensation qu’elle institue sont fixées par décret.

Art. L. 134-15. – Il est institué une surcompensation interprofessionnelle des prestations d’accidents du travail, servies aux travailleurs salariés ou assimilés ressortissant du régime général de sécurité sociale et du régime de la sécurité sociale dans les mines, en tenant compte des différences existant entre les prestations des deux régimes.

Art. L. 134-6. – L’ensemble des charges et des produits de la branche du régime des salariés agricoles mentionnée au 2° de l’article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime sont retracés dans les comptes des caisses nationales du régime général, qui en assurent l’équilibre financier.

Les modalités d’application du premier alinéa sont fixées par décret en Conseil d’État.

Le premier alinéa ne peut en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu’ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l’ensemble des régimes sociaux agricoles.

4° L’article L. 134-6 devient l’article L. 721-2 du code rural et de la pêche maritime et est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « sont retracés », sont insérés les mots : « , dans les conditions fixées aux articles L. 134-3 et L. 134-4 du code de la sécurité sociale, » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

Texte en vigueur

—

Section 4
Relations financières entre le régime général
et le régime des salariés agricoles

Section 4 bis
Relations financières entre le régime général
et les autres régimes

Section 5
Compensation entre la caisse nationale des
barreaux français et l'organisation autonome
d'assurance vieillesse des professions
libérales.

Section 7
Surcompensation interprofessionnelle des
prestations d'accidents du travail servies aux
ressortissants du régime général de sécurité
sociale et du régime de la sécurité sociale
dans les mines

Art. L. 134-11-1. – I. – Sont retracés
dans les comptes de la Caisse nationale de
l'assurance maladie des travailleurs salariés,
qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble
des charges et produits :

1° De la branche mentionnée au 1° de
l'article L. 611-2 ;

2° De la branche mentionnée au 2° de
l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche
maritime, à l'exception des charges relatives
aux indemnités journalières mentionnées aux
articles L. 732-4 et L. 762-18-1 du même
code et des frais de gestion et de contrôle
médical associés à ces indemnités ainsi que
des produits relatifs aux cotisations qui
couvrent ces indemnités et frais.

II. – Sont retracés dans les comptes de
la Caisse nationale d'assurance vieillesse des
travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre
financier, l'ensemble des charges et des
produits :

1° Des branches mentionnées aux 2° et
3° de l'article L. 611-2 ;

2° Du régime spécial mentionné à
l'article L. 715-1.

III. – Les dispositions du I du présent
article ne peuvent en aucun cas porter atteinte
aux droits définitivement consacrés qu'ont les
caisses du régime social des indépendants,
mentionnées à l'article L. 611-3, de gérer
l'ensemble des branches et régimes
complémentaires obligatoires de ce régime.

Texte du projet de loi

—

5° La section 4, la section 4 bis, la
section 5 et la section 7 sont abrogées ;

6° Les articles L. 134-11-1,
L. 134-12 et L. 134-13 sont abrogés.

Propositions de la Commission

—

Texte en vigueur

IV. – Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 2° du II du présent article.

V. – Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Art. L. 134-12. – Il est institué, dans le respect des droits acquis, une compensation entre la caisse nationale des barreaux français et l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales, mentionnée au 3° de l'article L. 621-3.

Art. L. 134-13. – La compensation prévue à l'article L. 134-12 prendra fin à compter de l'année au cours de laquelle chacune des deux caisses mentionnées audit article atteindra l'effectif minimum prévu à l'article L. 134-1.

Chapitre IX

Répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie

Art. L. 139-1. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV et du V de l'article L. 136-8 et la répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Chaque régime d'assurance maladie, à l'exception de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, reçoit un montant égal à celui perçu au titre de l'année 1998 en ce qui concerne la répartition tant de ces contributions que des droits de consommation sur les alcools, corrigé de l'impact sur douze mois civils de la substitution de la contribution sociale généralisée aux cotisations d'assurance maladie. Ce montant est réactualisé au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution, avant application de la réduction représentative de frais professionnels mentionnée au I de l'article L. 136-2, de l'assiette de la contribution visée à l'article L. 136-1 attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie entre les deux derniers exercices connus.

Ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du

Texte du projet de loi

B. – Le chapitre IX et l'article L. 139-1 sont abrogés.

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Les montants fixés par cet arrêté peuvent être majorés tous les trois ans, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, sur demande des régimes intéressés adressée au président de la commission de répartition, lorsque la réactualisation mentionnée à l'alinéa précédent, appliquée sur les trois derniers exercices, est inférieure à l'accroissement, sur la même période, de l'assiette des cotisations d'assurance maladie du régime demandeur.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reçoit le solde de la contribution sociale généralisée après la répartition prévue au deuxième alinéa du présent article.

La commission de répartition dresse, au terme d'un délai de cinq ans, un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle présente au Parlement et propose, le cas échéant, une modification des modalités de calcul des montants versés à chaque régime.

Livre II

Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

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 ;

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

A. – Les deux premiers alinéas de l'article L. 221-1 sont ainsi rédigés :

« La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :

« 1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. A ce titre elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ; »

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° De définir et de mettre en oeuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres I^{er} et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ;

3° De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes prioritaires nationaux définis en application de l'article L. 1417-1 du code de la santé publique, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ;

4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ;

5° D'organiser et de diriger le contrôle médical ;

6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;

7° De mettre en œuvre les actions conventionnelles ;

8° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'État ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 ;

10° De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale ;

11° De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique.

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.

Titre IV
Ressources

Chapitre I^{er}
Généralités

Section 1
Assurances sociales

Art. L. 241-1. – Les ressources des gestions mentionnées à l'article L. 221-1 du présent code sont constituées, indépendamment des contributions de l'État prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, par des cotisations proportionnelles aux rémunérations ou gains perçus par les assurés et par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1.

B. – Le chapitre I^{er} du titre IV du livre II est ainsi modifié :

1° La section 1 est intitulée : « Maladie, maternité, invalidité, décès », sa subdivision en sous-sections est supprimée et son article L. 241-1 est abrogé ;

2° Au sein de cette section, l'article

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

L. 241-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. – La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1, des prestations mentionnées aux titres II, III, IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au II à IV, centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations.

« II. – Les ressources mentionnées au I sont constituées de cotisations acquittées, dans chacun des régimes :

« 1° Par les salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que leurs employeurs et assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ;

« 2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non-salariées des professions agricoles ;

« 3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380-1 et L. 380-3-1 ;

« III. – Les ressources mentionnées au I sont constituées, en outre, de cotisations assises sur : » ;

b) Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés et le sixième alinéa est précédé de la mention : « IV » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 :

1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ;

2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3 ;

3° Une fraction égale à 7,10 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires ;

4° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à l'article L. 651-2-1 ;

5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 ;

6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et ;

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 ;

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

c) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 8° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4. » ;

d) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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, par une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à l'article L. 651-2-1 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

« 9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8. » ;

3° Après la section 1, il est inséré une section 1 bis intitulée : « Vieillesse – Veuvage » et comprenant les articles L. 241-3 à L. 241-3-2.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.

Art. L. 241-3-1. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 241-3, en cas d'emploi exercé à temps partiel au sens de l'article L. 212-4-2 du code du travail ou, dans des conditions fixées par décret, en cas d'emploi dont la rémunération ne peut être déterminée selon un nombre d'heures travaillées, l'assiette des cotisations destinées à financer l'assurance vieillesse peut être maintenue à la hauteur du salaire correspondant à son activité exercée à temps plein. La part salariale correspondant à ce supplément d'assiette n'est pas assimilable, en cas de prise en charge par l'employeur, à une rémunération au sens de l'article L. 242-1. Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'exercice de cette disposition par les employeurs. Un décret en Conseil d'État fixe le taux de ces cotisations.

Art. L. 241-3-2. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 241-3, en cas de suspension du contrat de travail pour le bénéfice d'un congé parental d'éducation visé à l'article L. 1225-47 du code du travail, d'un congé de solidarité familiale visé à l'article L. 3142-16 du même code, d'un congé de soutien familial visé à l'article L. 3142-22 du même code et d'un congé de présence parentale visé à l'article L. 1225-62 du même code, des cotisations ou contributions destinées à financer les régimes de retraite complémentaire mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code peuvent être versées par l'employeur et le salarié dans des conditions déterminées par accord collectif. La part salariale correspondant à ces cotisations ou contributions n'est pas assimilable, en cas de prise en charge par l'employeur, à une rémunération au sens du même article L. 242-1 pour les six premiers mois de prise en charge à compter du début du congé.

Livre III

Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Art. L. 380-1. – Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en

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

A. – L'article L. 380-1 est abrogé.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

Un décret en Conseil d'État précise la condition de résidence mentionnée au présent article.

Art. L. 380-2. – Les personnes affiliées au régime général dans les conditions fixées à l'article L. 380-1 sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix.

Cette cotisation est fixée en pourcentage du montant des revenus, définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts, qui dépasse le plafond mentionné au premier alinéa. Servent également au calcul de l'assiette de la cotisation, lorsqu'ils ne sont pas pris en compte en application du IV de l'article 1417 du code général des impôts, l'ensemble des moyens d'existence et des éléments de train de vie, notamment les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers, dont le bénéficiaire de la couverture maladie universelle a disposé, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit. Ces éléments de train de vie font l'objet d'une

B. – L'article L. 380-2 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1, sont redevables d'une cotisation annuelle lorsqu'elles remplissent les conditions suivantes :

« 1° Leurs revenus tirés, au cours de l'année considérée, d'activités professionnelles exercées en France sont inférieurs à un seuil fixé par décret. En outre, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, les revenus tirés d'activités professionnelles exercées en France de l'autre membre du couple sont également inférieurs à ce seuil.

« 2° Elles n'ont perçu ni pension de retraite ni rente ni aucun montant d'allocation de chômage au cours de l'année considérée. Il en est de même, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, pour l'autre membre du couple. » ;

2° Au deuxième alinéa, après les mots : « du montant des revenus », sont insérés les mots : « fonciers, de capitaux mobiliers, des plus-values de cession à titre onéreux de biens ou de droits de toute nature, des bénéfices industriels et commerciaux non professionnels et bénéfices des professions non commerciales non professionnels » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

évaluation dont les modalités sont fixées par décret en Conseil d'État. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

3° Il est inséré, après le deuxième alinéa, un alinéa ainsi rédigé : « Lorsque les revenus d'activité mentionnés au premier alinéa sont inférieurs au seuil défini au même alinéa mais supérieurs à la moitié de ce seuil, l'assiette de la cotisation fait l'objet d'un abattement dans des conditions fixées par décret. Cet abattement croît à proportion des revenus d'activité pour atteindre 100 % à hauteur du seuil défini au premier alinéa. » ;

La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret du Conseil d'État.

4° Au troisième alinéa, après les mots : « recouvrée », sont insérés les mots : « l'année qui suit celle sur les revenus desquels elle porte » ;

Pour bénéficier du remboursement des prestations, l'assuré mentionné au premier alinéa doit être à jour de ses cotisations.

5° Le quatrième et le cinquième alinéa sont abrogés ;

En cas de fraude ou de fausse déclaration sur le montant des ressources, la caisse peut, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-1-14, suspendre à titre conservatoire, après mise en demeure, le versement des prestations. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

6° Le sixième alinéa est ainsi rédigé :

Pour la détermination du montant de la cotisation visée au premier alinéa et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires à l'administration des impôts, aux organismes de sécurité sociale et aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les personnels des organismes sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de

« Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-2 les informations nominatives déclarées pour l'établissement de l'impôt sur le revenu par les personnes remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 380-1, conformément aux dispositions de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

ces échanges d'informations.

Art. L. 380-3-1. – I. – Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, mais qui, sur leur demande, sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord, sont affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l'article L. 380-1.

II. – Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, jusqu'à la fin des dispositions transitoires relatives à la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne, soit douze ans à partir de l'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I.

III. – Les dispositions du I et du II sont également applicables aux titulaires de pensions ou de rentes suisses, ainsi qu'à leurs ayants droit, résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 précité, mais qui sur

C. – Au premier alinéa de l'article L. 380-3-1, les mots : « l'article L. 380-1 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 160-1 ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

leur demande sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord.

IV. – Les travailleurs frontaliers et les titulaires de pensions et de rentes affiliés au régime général dans les conditions fixées au I ne sont pas assujettis aux contributions visées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et ne sont pas redevables des cotisations visées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 et à l'article L. 380-2.

Ils sont redevables d'une cotisation fixée en pourcentage du montant de leurs revenus définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État.

Art. L. 381-4. – Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales les élèves et les étudiants des établissements d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles, qui, n'étant pas assurés sociaux à un titre autre que celui prévu à l'article L. 380-1 ou ayants droit d'assuré social, ne dépassent pas un âge limite. Cet âge limite peut être reculé, notamment en raison de l'appel et du maintien sous les drapeaux.

Art. L. 381-8. – Les ressources de l'assurance sociale des étudiants sont constituées :

D. – L'article L. 381-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 381-4. – Les dispositions de la présente section sont applicables aux élèves et aux étudiants des établissements d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles, qui ne dépassent pas un âge limite fixé par décret. »

E. – L'article L. 381-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 381-8. – Les étudiants mentionnés à l'article L. 381-4 sont redevables au titre de chaque période annuelle dont les dates sont fixées par décret, d'une cotisation forfaitaire dont le montant est fixé par arrêté interministériel et est revalorisé annuellement par

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

1°) par une cotisation forfaitaire des bénéficiaires, dont le montant est fixé par arrêté interministériel, après consultation des associations d'étudiants.

L'exonération de cette cotisation, de droit pour les boursiers, pourra, dans les autres cas, être décidée à titre exceptionnel par la commission prévue à l'article L. 381-10.

Une part du produit de cette cotisation est affectée, sous la forme de remise de gestion, au financement des dépenses de gestion des organismes assurant le service des prestations. Le montant de la remise de gestion accordée à ces organismes par étudiant affilié ainsi que pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 381-9 est, à l'issue d'une période transitoire ne pouvant aller au-delà du 31 décembre 1995, identique quel que soit l'organisme gestionnaire. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;

2° pour le surplus, par des contributions du régime général et des régimes spéciaux de sécurité sociale, du régime des assurances sociales des salariés agricoles, du régime d'assurance maladie, invalidité, maternité des exploitants agricoles et du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Art. L. 133-6-8. – I. – Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants mentionnés au II du présent article bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont calculées mensuellement ou trimestriellement, en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux global fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée aux mêmes articles, de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des

application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.

« Ils ne sont pas redevables de la cotisation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 380-2.

« Sont exonérés de la cotisation prévue au premier alinéa du présent article les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381-4 qui satisfont l'un des critères suivants :

« 1° Être boursier ;

« 2° Être âgé de moins de 20 ans sur la totalité de la période mentionnée au premier alinéa ;

« 3° Exercer une activité professionnelle. »

IV. – L'article L. 133-6-8 dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2016 est ainsi modifié :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

cotisations et des contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants ne relevant pas du régime prévu au présent article. Un taux global différent peut être fixé par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux global ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés auxdits articles 50-0 ou 102 ter, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Le montant mensuel ou trimestriel des cotisations et des contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article ne peut être inférieur à un montant fixé, par décret, en pourcentage de la somme des montants minimaux de cotisation fixés :

1° Pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, en application du deuxième alinéa des articles L. 612-4, L. 612-13 et L. 633-10 et du dernier alinéa de l'article L. 635-5 ainsi que, le cas échéant, du quatrième alinéa de l'article L. 635-1 ;

2° Pour les professions libérales, en application du deuxième alinéa de l'article L. 612-4, de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, des articles L. 644-1 et L. 644-2.

II. – Le présent article s'applique aux travailleurs indépendants relevant des professions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 et à ceux relevant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse. Le bénéfice de ces dispositions peut être étendu par décret, pris après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés, à tout ou partie des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les autres travailleurs indépendants.

III. - Le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer à la date à laquelle les travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes définis aux articles 50-

1° Au troisième alinéa, la référence :
« L. 612-4, » est supprimée ;

2° Au quatrième alinéa, les mots :
« du deuxième alinéa de l'article L. 612-4, » sont supprimés.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

0 et 102 ter du code général des impôts. Par dérogation, le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer au 31 décembre de l'année au cours de laquelle sont exercées les options prévues au 4 du même article 50-0 et au 5 du même article 102 ter.

IV. – Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article sont calculées, à la demande de ces derniers, sur la base soit d'un revenu forfaitaire, soit d'un pourcentage du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise.

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

Art. L. 612-4. – Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8.

Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

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

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

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

V. – Le deuxième alinéa de l'article L. 612-4 est supprimé.

VI. – Au premier alinéa de l'article L. 613-8, après les mots : « l'assuré doit », sont insérés les mots : « justifier d'une période minimale d'affiliation ainsi que du paiement d'un montant minimal de cotisations et ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

même délai.

Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application du livre VI du code de commerce ou lorsque la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la commission de recours amiable de la caisse du régime social des indépendants accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux prestations à compter du prononcé du jugement ou de la prise de décision desdites commissions, dès lors qu'il s'acquitte régulièrement des cotisations dues selon l'échéancier prévu ainsi que des cotisations en cours.

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

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

L'assuré qui reprend une activité non salariée non agricole postérieurement à une liquidation judiciaire clôturée pour insuffisance d'actif et à une admission en non-valeur des cotisations dues peut faire valoir son droit aux prestations à compter du début de sa nouvelle activité, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à la condition de ne pas avoir fait l'objet d'un précédent jugement de clôture pour insuffisance d'actif. Les cotisations visées dans ce cas sont celles dues par l'assuré, au titre de la reprise d'une activité non salariée non agricole.

Art. L. 713-21. – Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la caisse prévue à l'article L. 713-19 sont fixées par décret en Conseil d'État.

Le budget de la Caisse nationale

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

militaire de sécurité sociale est équilibré en recettes et en dépenses. À cette fin, un arrêté fixe chaque année, au vu de l'exécution des dépenses, le montant de la contribution d'équilibre due par le régime général ou le montant des sommes dues au régime général par la caisse.

Le budget de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est approuvé par l'État.

Les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 221-1 ne sont pas applicables à la caisse.

Une convention conclue entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et, d'autre part, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale détermine les conditions dans lesquelles les sommes nécessaires au paiement des prestations, à la gestion administrative, aux investissements, au contrôle médical et à l'action sanitaire et sociale sont mises à disposition de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale par le régime général ainsi que les conditions dans lesquelles les cotisations mentionnées à l'article L. 713-18 et à l'article L. 713-22 sont reversées par cet organisme au régime général. Cette convention est approuvée par l'État.

Art. L. 715-2. – Le régime de l'assurance maladie des marins, géré par la Caisse générale de prévoyance de l'Établissement national des invalides de la marine, bénéficie d'une contribution d'équilibre prenant en compte l'ensemble des dépenses du régime. À cette fin, un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la mer et du budget fixe, chaque année, le montant définitif de cette contribution d'équilibre due par le régime général.

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 722-5. – I. – L'importance minimale de l'exploitation ou de l'entreprise agricole requise pour que leurs dirigeants soient considérés comme chef d'exploitation ou d'entreprise agricole au titre des activités mentionnées à l'article L. 722-1 est déterminée par l'activité minimale

VII. – La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 713-21 et la dernière phrase de l'article L. 715-2 du même code sont supprimées.

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

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

d'assujettissement. L'activité minimale d'assujettissement est atteinte lorsqu'est remplie l'une des conditions suivantes :

1° La superficie mise en valeur est au moins égale à la surface minimale d'assujettissement mentionnée à l'article L. 722-5-1 compte tenu, s'il y a lieu, des coefficients d'équivalence applicables aux productions agricoles spécialisées ;

2° Le temps de travail nécessaire à la conduite de l'activité est, dans le cas où l'activité ne peut être appréciée selon la condition mentionnée au 1°, au moins égal à 1 200 heures par an ;

3° Le revenu professionnel de la personne est au moins égal à l'assiette forfaitaire, mentionnée à l'article L. 731-16, applicable aux cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité lorsque cette personne met en valeur une exploitation ou une entreprise agricole dont l'importance est supérieure au minimum prévu à l'article L. 731-23 et qu'elle n'a pas fait valoir ses droits à la retraite. Cette condition est réputée remplie lorsque le revenu professionnel diminue mais reste au moins supérieur à l'assiette forfaitaire précitée minorée de 20 %.

II. – Si la condition prévue au 1° du I n'est pas remplie, la superficie de l'exploitation ou de l'entreprise agricole est convertie en temps de travail sur la base d'une équivalence entre la surface minimale d'assujettissement et 1 200 heures de travail pour l'appréciation de la condition mentionnée au 2° du même I. Le temps de travail résultant de cette conversion s'ajoute au temps de travail nécessaire à la conduite de l'activité mentionnée au même 2°.

III. – En cas de coexploitation ou d'exploitation sous forme sociétaire, l'activité minimale de l'exploitation ou de l'entreprise agricole requise pour que les membres ou associés participant aux travaux soient considérés comme chef d'exploitation ou d'entreprise agricole est égale à celle fixée aux 1° ou 2° du I.

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

Art. L. 722-6. – Par dérogation aux

1° Au 3° du I de l'article L. 722-5 et au deuxième alinéa de l'article L. 722-6, les mots : « aux cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité » sont remplacés par les mots : « à la cotisation d'assurance vieillesse prévue au 1° de l'article L. 731-42 » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

dispositions des articles L. 722-4 et L. 722-5, les personnes qui dirigent une exploitation ou entreprise agricole ne répondant plus à la condition d'activité minimale fixée à l'article L. 722-5 peuvent rester affiliées, sur leur demande, par décision des conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole, au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles si elles satisfont à des conditions de nature et de durée d'activité fixées par décret en Conseil d'État. Ce décret détermine les autres mesures d'application du présent alinéa.

Par dérogation aux articles L. 722-4 et L. 722-5, les personnes qui bénéficient du dispositif d'installation progressive mentionné à l'article L. 330-2 et dont les revenus professionnels sont au moins égaux à l'assiette forfaitaire, mentionnée à l'article L. 731-16, applicable aux cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité minorée de 20 % ou dont la superficie mise en valeur est supérieure au quart de la surface minimale d'assujettissement mentionnée à l'article L. 722-5-1 sont affiliées, sur leur demande, au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles.

Art. L. 731-11. – Les cotisations relatives aux prestations familiales, à l'assurance maladie, invalidité, maternité et à l'assurance vieillesse dues par les chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 ne peuvent être inférieures à des minima définis par décret.

Art. L. 731-35. – Les cotisations dues pour la couverture des risques mentionnés à l'article L. 732-3 au titre des bénéficiaires définis aux 1° et 5° de l'article L. 722-10 sont calculées en pourcentage des revenus professionnels du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de l'assiette forfaitaire, définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22. Leur taux est fixé par décret.

Pour la couverture des prestations d'invalidité du collaborateur d'exploitation ou d'entreprise défini à l'article L. 321-5, prévues à l'article L. 732-8, une cotisation forfaitaire, dont les modalités sont fixées par décret, est due par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

2° À l'article L. 731-11, les mots : « maladie, » et « , maternité » sont supprimés ;

3° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 731-35 est ainsi rédigée :

« Leurs taux sont fixés par décret. »

Texte en vigueur

—

Texte du projet de loi

—

Propositions de la Commission

—

IX. – La Caisse nationale de l'assurance maladie reprend les déficits constatés au 31 décembre 2015 du régime d'assurance maladie de la Caisse autonome de sécurité sociale dans les mines selon des modalités fixées par décret.

X. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2016, sous réserve de l'alinéa suivant.

Les dispositions du IV, du V et du VIII s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016.

CHAPITRE V

Dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie

Article 21

CHAPITRE V

Dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie

Article 21

Code de la sécurité sociale

Livre VIII

Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre VI

Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre III bis

Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé

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

1° Après le chapitre III bis sont insérées les dispositions suivantes :

« Chapitre IV

« Dispositions relatives à la couverture complémentaire

« santé des personnes âgées de plus de 65 ans

« Art. L. 864-1. – Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée

« Art. L. 864-1. – ...

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

en application de l'article L. 862-4 les contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé, sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 864-2, respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et souscrits auprès d'un des organismes mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 862-4 par des personnes âgées de plus de 65 ans.

« Le montant annuel du crédit d'impôt est égal à 2 % des primes acquittées par les personnes mentionnées au premier alinéa. Ce crédit d'impôt n'est pas restituable. Les modalités de son imputation sont définies par décret en Conseil d'État.

« Les dispositions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les dispositions des articles L. 861-1 et L. 863-1.

« Art. L. 864-2. – La procédure de mise en concurrence mentionnée à l'article L. 864-1 vise à sélectionner, selon un critère de montant des primes prépondérant ainsi que des critères relatifs à la qualité de service, des offres proposant aux personnes mentionnées à ce même article des contrats respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'État, dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination.

« Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection des offres, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa.

« La liste des offres ainsi sélectionnées est rendue publique. » ;

... ans.

« Le ...

Les modalités d'imputation de ce crédit d'impôt, dont le montant ne peut dépasser, pour chaque échéance, celui de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4, sont définies par décret en Conseil d'État.

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 864-2. – La procédure mentionnée à l'article L. 864-1 vise à sélectionner des offres proposant aux personnes mentionnées à ce même article des contrats *dont les garanties, définies par décret en Conseil d'État, sont au moins aussi favorables que celles prévues à l'article L. 871-1. La sélection tient compte du montant des primes et cotisations prévues dans les offres au regard de ces garanties. La sélection fait également intervenir des critères, définis par ce même décret, relatifs à la qualité des services offerts aux assurés.*

« *Le décret mentionné au premier alinéa détermine les règles régissant la procédure, dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination.*

« *Il fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de*

Texte en vigueur

—

Chapitre IV
Dispositions d'application

Art. L. 864-1. – Des décrets en Conseil d'État déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent titre.

Art. L. 242-1. – Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire.

L'avantage correspondant à la différence définie au II de l'article 80 bis du code général des impôts est considéré comme une rémunération lors de la levée de l'option.

Texte du projet de loi

—

2° Le chapitre IV devient le chapitre V, et l'article L. 864-1 devient l'article L. 865-1.

II. – Les articles L. 864-1 et L. 864-2 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du présent article, s'appliquent aux contrats prenant effet à compter du 1^{er} avril 2017.

Article 22

Propositions de la Commission

—

recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection des offres permettant d'établir la notation ainsi que les pondérations relatives au critère mentionné à la dernière phrase du premier alinéa et celles relatives aux critères mentionnés au deuxième alinéa. Il définit les conditions dans lesquelles une offre peut être rejetée au motif que sa viabilité financière ne pourrait être garantie sur la durée de la période de sélection au regard, notamment, des caractéristiques de la population éligible. ».

Amendements AS392 et AS267

Article 22

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

En revanche, sont exclus de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa du présent article les avantages mentionnés au I des articles 80 bis et 80 quaterdecies du même code si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions ont été attribuées au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'entre eux. À défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale. Il en est de même lorsque l'attribution est effectuée par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle l'attributaire exerce son activité.

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

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

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX ou versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en œuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

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

2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.

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

I. – Au huitième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « que ces garanties », la fin de l'alinéa est ainsi rédigée : « soient conformes aux dispositions de l'article L. 871-1. Les dispositions des sixième et présent alinéas sont applicables aux versements de l'employeur mentionnés à l'article L. 911-7-1. »

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

tout ou partie supprimé et le premier versement desdites contributions.

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

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

Est exclue de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa, dans la limite d'un montant fixé à deux fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3, la part des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts qui n'est pas imposable en application de l'article 80 duodecies du même code. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont intégralement assimilées à des rémunérations pour le calcul des cotisations visées au premier alinéa du présent article. Pour l'application du présent alinéa, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles liées à la cessation forcée des fonctions.

Art. L. 911-7. – I. – Les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident déterminée selon l'une des modalités mentionnées à l'article L. 911-1 dont chacune des catégories de garanties et la part du financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que celles

II. – L'article L. 911-7 du même code est ainsi modifié :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

mentionnées au II du présent article sont tenues de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale par décision unilatérale de l'employeur, dans le respect de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Les salariés concernés sont informés de cette décision.

II. – La couverture minimale mentionnée au I comprend la prise en charge totale ou partielle des dépenses suivantes :

1° La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de sécurité sociale, prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;

2° Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

3° Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.

Un décret détermine le niveau de prise en charge de ces dépenses ainsi que la liste des dispositifs médicaux mentionnés au 3° entrant dans le champ de cette couverture. Il fixe les catégories de salariés pouvant être dispensés, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. Il précise les adaptations dont fait l'objet la couverture des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1, en raison de la couverture garantie par ce régime.

Les contrats conclus en vue d'assurer cette couverture minimale sont conformes aux conditions prévues à l'article L. 871-1 du présent code et au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts.

L'employeur assure au minimum la moitié du financement de cette couverture. Cependant, les modalités spécifiques de ce

1° La deuxième phrase du sixième alinéa est supprimée ;

2° Le septième alinéa est précédé par un : « III » et les mots : « cette couverture minimale » sont remplacés par les mots : « la couverture des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident » ;

3° La seconde phrase du deuxième

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

financement en cas d'employeurs multiples et pour les salariés à temps très partiel sont déterminées par décret.

alinéa du III est supprimée ;

4° Après le III issu du 3° ci-dessus, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« Les salariés peuvent se dispenser, à leur initiative, de cette couverture s'ils remplissent les conditions mentionnées au II de l'article L. 911-7-1.

« Un décret fixe, en outre, les catégories de salariés pouvant être dispensés, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. » ;

5° La dernière phrase du sixième alinéa est précédée d'un IV et devient le dernier alinéa, et le mot : « Il » est remplacé par les mots : « Un décret »

III. – Après l'article L. 911-7 du même code, il est inséré un article L. 911-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 911-7-1. – I. – La couverture en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par celui-ci est inférieure aux seuils mentionnés aux II et III est organisée dans les conditions fixées par le présent article.

« II. – Les salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par celui-ci est inférieure à des seuils fixés par décret, ont droit, à leur demande, au versement par leur employeur d'une somme représentative du financement résultant de l'application des dispositions des articles L. 911-7 et L. 911-8, et qui s'y substitue alors.

« Ce versement est conditionné à la couverture de l'intéressé par un contrat d'assurance maladie complémentaire portant sur la période concernée et respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. La demande de l'intéressé est accompagnée d'une copie de ce contrat. Ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice d'une couverture complémentaire

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

en application de l'article L. 861-3, d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1, d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

« Un décret détermine les modalités selon lesquelles est fixé le montant de ce versement en fonction du financement mis en œuvre en application des articles L. 911-7 et L. 911-8, de la durée du contrat et de la durée de travail prévue par celui-ci.

« III. – Un accord de branche peut prévoir que l'obligation de couverture des risques mentionnés au I et, le cas échéant, l'obligation mentionnée à l'article L. 911-8, est assurée selon les seules modalités mentionnées au II pour les salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par celui-ci est inférieure à des seuils fixés par cet accord, dans la limite de plafonds prévus par décret.

« En l'absence d'accord de branche relatif à la couverture mentionnée au I de l'article L. 911-7 ou, lorsque celui-ci le permet, un accord d'entreprise peut également comporter les dispositions mentionnées au premier alinéa du III. »

Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

Art.1. – I. – A. – Avant le 1^{er} juin 2013, les organisations liées par une convention de branche ou, à défaut, par des accords professionnels engagent une négociation, afin de permettre aux salariés qui ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dont chacune des catégories de garanties et la part de financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que pour la couverture minimale mentionnée au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, au niveau de leur branche ou de leur entreprise, d'accéder à une telle couverture avant le 1^{er} janvier 2016.

La négociation porte notamment sur :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

1° La définition du contenu et du niveau des garanties ainsi que la répartition de la charge des cotisations entre employeur et salariés ;

2° Les modalités de choix de l'assureur. La négociation examine en particulier les conditions, notamment tarifaires, dans lesquelles les entreprises peuvent retenir le ou les organismes assureurs de leur choix, sans méconnaître les objectifs de couverture effective de l'ensemble des salariés des entreprises de la branche et d'accès universel à la santé ;

3° Le cas échéant, les modalités selon lesquelles des contributions peuvent être affectées au financement de l'objectif de solidarité, notamment pour l'action sociale et la constitution de droits non contributifs ;

4° Les cas dans lesquels la situation particulière de certains salariés ou ayants droit, lorsque ceux-ci bénéficient de la couverture, peut justifier des dispenses d'affiliation à l'initiative du salarié ;

5° Le délai, au moins égal à dix-huit mois à compter de l'entrée en vigueur de la convention ou de l'accord et expirant au plus tard le 1^{er} janvier 2016, laissé aux entreprises pour se conformer aux nouvelles obligations conventionnelles ;

6° Le cas échéant, les adaptations dont fait l'objet la couverture des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale, en raison de la couverture garantie par ce régime.

B. – À compter du 1^{er} juillet 2014 et jusqu'au 1^{er} janvier 2016, dans les entreprises où a été désigné un délégué syndical et qui ne sont pas couvertes selon l'une des modalités mentionnées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale par une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dont chacune des catégories de garanties et la part de financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que pour la couverture minimale mentionnée au II de l'article L. 911-7 du même code et

IV. – Le 4° du A du I de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est abrogé.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

applicable au plus tard le 1^{er} janvier 2016, l'employeur engage une négociation sur ce thème.

Cette négociation se déroule dans les conditions prévues à la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II de la deuxième partie du code du travail et au deuxième alinéa de l'article L. 2242-11 du même chapitre. Le cas échéant, elle porte sur les adaptations dont fait l'objet la couverture des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale, en raison de la couverture garantie par ce régime.

II. —

.....

Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

Art. 4. – I. – A. – Il est institué une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du même code. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

V. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Article 23

Article 22 bis

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} juillet 2016, un rapport sur les modalités de la généralisation de la couverture complémentaire en matière de santé pour les salariés de particuliers employeurs. Ce rapport étudie notamment les modalités de prise en charge partielle du coût de la complémentaire santé par le particulier employeur ou par un fonds dédié.

Amendement AS393

Article 23

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

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

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

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

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

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

III. – La participation mentionnée au I est due pour chacune des années 2013 à 2015.

Au III de l'article 4 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour

Texte en vigueur

Code de la sécurité sociale

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 du présent article 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.

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

MONTANT DU CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (S)	TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du 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 réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de

Texte du projet de loi

2014, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année : « 2016 ».

Article 24

Pour l'année 2016, 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 et le taux L mentionné aux articles L. 138-10 et L. 138-12 du même code est fixé à – 1 %.

Propositions de la Commission

Article 24

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 du présent code dues par chaque entreprise redevable ne peut excéder % 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 du présent code.

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 du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de 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 du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus d'un taux (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 du présent article sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7 du présent code ou 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

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 des indications au titre desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne, pour lesquels le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ;

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.

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 du 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 50 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 50 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires 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

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE
L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE

Article 25

Est approuvé le montant de 3,5 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 2016.

Article 26

Pour l'année 2016, 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 :

Cf. Annexe 1

Article 27

Pour l'année 2016, 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 :

Cf. Annexe 1

Article 28

I. – Pour l'année 2016, sont approuvés 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 :

Cf. Annexe 1

II. - Pour l'année 2016, l'objectif

TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE
L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE

Article 25

(Sans modification)

Article 26

(Sans modification)

Article 27

(Sans modification)

Article 28

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 14,2 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2016, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

Cf. Annexe 1

IV. – Pour l'année 2016, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

Cf. Annexe 1

Article 29

I. – Sont habilités en 2016 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 :

Cf. Annexe 1

II. – Le 1° de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et au régime d'assurance vieillesse du régime spécial de sécurité sociale dans les mines ».

Article 30

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2016 à 2019), 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 2016**

**TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES À LA**

Article 29

(Sans modification)

Article 30

(Sans modification)

**QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
DÉPENSES POUR L'EXERCICE
2016**

**TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES À LA**

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p style="text-align: center;">Livre V Prestations familiales et prestations assimilées</p> <p>Art. L. 523-1. – Ouvrent droit à l'allocation de soutien familial :</p> <p>1° tout enfant orphelin de père ou de mère, ou de père et de mère ;</p> <p>2° tout enfant dont la filiation n'est pas légalement établie à l'égard de l'un ou l'autre de ses parents ou à l'égard de l'un et de l'autre ;</p> <p>3° tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, se soustraient ou se trouvent hors d'état de faire face à leurs obligations d'entretien ou au versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice.</p> <p>L'allocation de soutien familial est ouverte de plein droit aux bénéficiaires du revenu de solidarité active visés à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles, dont les ressources n'excèdent pas le montant forfaitaire majoré mentionné au même article, qui assument la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants remplissant l'une des conditions précédemment mentionnées.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">BRANCHE FAMILLE</p> <p style="text-align: center;">Article 31</p> <p>I. – Le livre V du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 523-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au 3°, après les mots : « se trouvent, », sont insérés les mots : « s'ils sont considérés, au regard de conditions fixées par décret, comme étant » ;</p> <p>b) Après le 3°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 4° Tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, s'acquittent intégralement de leur obligation d'entretien ou du versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice, lorsque le montant correspondant est inférieur à celui de l'allocation de soutien familial. Dans ce cas, une allocation de soutien familial différentielle est versée. Les modalités d'application du présent alinéa, notamment les conditions dans lesquelles, en l'absence de décision de justice préalable, le montant de l'obligation d'entretien pris en compte pour le calcul de l'allocation de soutien familial différentielle est retenu, sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">BRANCHE FAMILLE</p> <p style="text-align: center;">Article 31</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 581-2. – Lorsque l'un au moins des parents se soustrait totalement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, l'allocation de soutien familial est versée à titre d'avance sur créance alimentaire.

Lorsque l'un au moins des parents se soustrait partiellement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, il est versé à titre d'avance une allocation différentielle. Cette allocation différentielle complète le versement partiel effectué par le débiteur, jusqu'au montant de l'allocation de soutien familial.

L'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure. Dans ce dernier cas, le surplus de l'allocation demeure acquis au créancier.

Code des procédures civiles d'exécution

Art. L. 213-4. – La procédure de paiement direct est applicable aux termes à échoir de la pension alimentaire.

Elle l'est aussi aux termes échus pour les six derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct.

Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de douze mois.

2° L'article L. 581-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'un au moins des deux parents s'acquitte intégralement du versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire dont le montant est inférieur à celui de l'allocation de soutien familial, l'allocation différentielle mentionnée au 4° de l'article L. 523-1 qui lui est versée n'est pas recouvrée et demeure acquise au créancier. »

II. – L'article L. 213-4 du code des procédures civiles d'exécution est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable aux termes

Texte en vigueur

—

Code du travail

Art. L. 3252-5. – Le prélèvement direct du terme mensuel courant et des six derniers mois impayés des pensions alimentaires peut être poursuivi sur l'intégralité de la rémunération. Il est d'abord imputé sur la fraction insaisissable et, s'il y a lieu, sur la fraction saisissable.

Toutefois, une somme est, dans tous les cas, laissée à la disposition du salarié dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 212-1. – Le service des prestations familiales dues aux salariés de toute profession, aux employeurs et aux travailleurs indépendants des professions non agricoles ainsi qu'à la population non active incombe aux caisses d'allocations familiales. Cette dispositions est étendue, à compter du 1^{er} octobre 2001, aux retraités de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État, domiciliés dans les départements d'outre-mer.

Toutefois, certains organismes ou services peuvent être autorisés, par décret, à servir ces prestations aux salariés agricoles et aux personnels de l'État.

Texte du projet de loi

—

échus de la pension alimentaire pour les vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de vingt-quatre mois. »

III. – Au premier alinéa de l'article L. 3252-5 du code du travail, après les mots : « pensions alimentaires », sont insérés les mots : « ou des vingt-quatre derniers mois lorsque l'organisme débiteur des prestations familiales agit pour le compte du créancier ».

IV. – Le présent article est applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

V. – Le présent article est applicable à compter du 1^{er} avril 2016.

Article 32

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

1° L'article L. 212-1 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase du premier alinéa est supprimée ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « et aux personnels de l'État » sont supprimés ;

Propositions de la Commission

—

Article 32

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 755-10. – Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, la charge et le service des prestations familiales dues aux personnels de l'État et des collectivités locales continuent à être assumés dans les conditions en vigueur à la date du 22 août 1967.

Le taux des prestations familiales pour les fonctionnaires est le même que celui en vigueur dans la métropole.

Les dispositions des articles L. 513-1 et L. 521-1 sont applicables aux personnels mentionnés au présent article.

Art. L. 755-10-1. – Nonobstant les dispositions de l'article L. 755-10, l'allocation de logement familiale mentionnée à l'article L. 755-21 ainsi que la prestation d'accueil du jeune enfant visée à l'article L. 531-1 sont versées par les caisses d'allocations familiales aux personnels de l'État, des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière dans les conditions prévues au présent livre.

Ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale

Art. 7. – I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 212-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Toutefois, certains organismes ou services peuvent être autorisés, par décret, à servir ces prestations aux salariés agricoles et aux personnels de l'État. »

II. – Les dispositions du I entrent en

2° L'article L. 755-10 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Au deuxième alinéa, le mot : « fonctionnaires » est remplacé par les mots : « fonctionnaires de l'État et des fonctions publiques hospitalière et territoriale » ;

3° L'article L. 755-10-1 est abrogé.

II. – Le I du présent article entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2017.

III. – Le présent article est applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

IV. – L'article 7 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes prises pour le rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale est abrogé.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

vigueur, pour chaque organisme ou service qui n'y est plus mentionné et qui était autorisé avant la publication de la présente ordonnance à servir les prestations familiales, à la date d'application d'une convention conclue entre ledit organisme ou service, la Caisse nationale des allocations familiales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

III. – Les cotisations restant dues, au titre des périodes antérieures à l'entrée en vigueur des dispositions du I, par les organismes ou services mentionnés au II sont versées à la Caisse nationale des allocations familiales.

**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**

Art. 11. – Le régime de prestations familiales est fixé par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

1° Article L. 511-1, à l'exception du 4°, du 6°, du 8° et du 9° ;

2° Articles L. 512-1 à L. 512-5 sous réserve des adaptations suivantes :

a) À l'article L. 512-1, les mots : « de l'allocation de logement sociale ou de l'aide personnalisée au logement » sont supprimés ;

b) Le quatrième alinéa de l'article L. 512-3 est ainsi rédigé :

Toutefois, pour l'attribution du complément familial mentionné au 3° de l'article L. 511-1, l'âge limite peut être différent de celui mentionné au 2° du présent article ;

c) Au 1° de l'article L. 512-4, les mots : « par le service d'aide sociale à l'enfance ou » sont supprimés ;

3° Article L. 513-1 ;

Article 33

I. – L'article 11 de 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 est ainsi modifié :

1° Au 1°, les mots : « du 6°, » sont supprimés ;

Article 33

(Sans modification)

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>4° Articles L. 521-1, L. 521-2, à l'exception du quatrième alinéa, et L. 521-3 ;</p>	<p>2° Après le 5°, il est inséré un 5° bis ainsi rédigé :</p>	
<p>5° Articles L. 522-1 et L. 522-2 ;</p>	<p>« 5° bis Articles L. 523-1 à L. 523-3 ; »</p>	
<p>6° Articles L. 531-1, à l'exception du 4°, L. 531-2 à L. 531-4-1 et L. 531-10 sous réserve des adaptations suivantes :</p>	<p>3° Le 6° est ainsi modifié :</p>	
<p>a) Au septième alinéa de l'article L. 531-1, les mots : « percevoir la prestation et le complément prévus aux 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « percevoir la prestation prévue au 3° » ;</p>	<p>a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	
<p>b) Le huitième alinéa du même article est supprimé ;</p>	<p>« 6° Articles L. 531-1 à L. 531-10 sous réserve des adaptations suivantes : » ;</p>	
<p>c) À l'article L. 531-4, la référence à l'article L. 615-1 est remplacée par la référence à l'article L. 613-1 ;</p>	<p>b) Les deuxième à quatrième alinéas sont supprimés ;</p>	
<p>d) Au début du second alinéa de l'article L. 531-4-1, les mots : « La région » sont remplacés par le mot : « Saint-Pierre-et-Miquelon » ;</p>	<p>c) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>7° Articles L. 532-1 et L. 532-2 sous réserve de l'adaptation suivante : à l'article L. 532-2, la référence aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 est remplacée par la référence aux articles L. 613-19 à L. 613-19-2 ;</p>	<p>« e) À l'article L. 531-8, les mots : "les caisses versent" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale verse" » ;</p>	
<p>8° Article L. 533-1 ;</p>	<p>4° Au 9°, les mots : « , à l'exception du dernier alinéa » sont supprimés ;</p>	
<p>9° Articles L. 541-1 à L. 541-3 et L. 541-4, à l'exception du dernier alinéa ;</p>		

Texte en vigueur

—

10° Articles L. 543-1 et L. 543-2 ;

11° Article L. 551-1 sous réserve de l'adaptation suivante : au premier alinéa de l'article L. 551-1, les mots : « à l'exception de la prime forfaitaire mentionnée au 8° de l'article L. 511-1 » sont supprimés ;

12° Articles L. 552-1 et L. 552-4 sous réserve des adaptations suivantes :

a) Le premier alinéa de l'article L. 552-1 est ainsi rédigé :

Les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales sont dues, à l'exception de la prestation mentionnée à l'article L. 531-1 pour l'allocation de base et la prestation partagée d'éducation de l'enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge ou lorsqu'il est fait usage de l'option prévue au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4, à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Elles cessent d'être dues à partir du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf en cas de perception de la prestation partagée d'éducation de l'enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge, de décès de l'allocataire, de son conjoint ou d'un enfant à charge, auxquels cas elles cessent d'être dues au premier jour du mois civil qui suit le changement de situation de famille ou le décès.

b) Le dernier alinéa du même article est supprimé ;

13° Articles L. 553-1 à L. 553-3, le I de l'article L. 553-4, à l'exception du cinquième alinéa, et l'article L. 553-5 sous réserve des adaptations suivantes :

c) À l'article L. 553-2, les mots : « un organisme de prestations familiales, la Caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole » sont remplacés par les mots : « la Caisse de prévoyance sociale » ;

d) À l'article L. 553-3, les deux derniers alinéas sont supprimés ;

Texte du projet de loi

—

5° Au 11°, les mots : « sous réserve de l'adaptation suivante : au premier alinéa de l'article L. 551-1, les mots : « à l'exception de la prime forfaitaire mentionnée au 8° de l'article L. 511-1 » sont supprimés » sont supprimés ;

6° Au d du 13°, les mots : « les deux derniers alinéas sont supprimés » sont

Propositions de la Commission

—

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

e) Au troisième alinéa du I de l'article L. 553-4, les mots :

« l'allocation de soutien familial et » sont supprimés et les mots :

« l'allocation parentale d'éducation » sont remplacés par les mots :

« le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant » ;

14° Articles L. 554-2 à L. 554-4 sous réserve des adaptations suivantes :

a) À l'article L. 554-3, les mots : « l'insertion du jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité » sont remplacés par les mots : « l'affichage du jugement en mairie et son insertion dans une publication locale » ;

b) À l'article L. 554-4, les mots : « une caisse de sécurité sociale ou d'allocations familiales » sont remplacés par les mots :

« la Caisse de prévoyance sociale » ;

remplacés par les mots : « l'avant dernier alinéa est supprimé » ;

7° Après le 14°, il est inséré un 14° bis ainsi rédigé :

« 14° bis Articles L. 581-1 à L. 581-10 sous réserve des adaptations suivantes :

« a) À l'article L. 581-1, les mots : "les organismes et services auxquels incombe le service des prestations familiales sont habilités à apporter leur aide" sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon est habilitée à apporter son aide" ;

« b) Aux articles L. 581-2 à L. 581-10, les mots : « L'organisme débiteur des prestations familiales » ou « L'organisme débiteur de prestations familiales » ou « L'organisme débiteur » sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale" et les mots : « les organismes débiteurs des prestations

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

familiales » ou « les organismes débiteurs de prestations familiales » ou « l'organisme débiteur des prestations familiales » ou « l'organisme débiteur de prestations familiales » ou « l'organisme débiteur » sont remplacés par les mots : « la Caisse de prévoyance sociale » ;

« c) À l'article L. 581-6, les mots : "des organismes débiteurs de prestations familiales" sont remplacés par les mots : « de la Caisse de prévoyance sociale » ;

« d) Aux articles L. 581-7 et L. 581-10, les mots : « représentant de l'État dans le département » sont remplacés par les mots : « représentant de l'État dans la collectivité » ;

« e) À l'article L. 581-8, les mots : « Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent » sont remplacés par les mots : « La Caisse de prévoyance sociale peut » et le mot : « leur » est remplacé par le mot : « lui » ;

« f) L'article L. 581-9 est ainsi modifié :

« – à la première phrase, les mots : « Les caisses d'allocations familiales sont habilitées à consentir sur leur » sont remplacés par les mots : « La Caisse de prévoyance sociale est habilitée à consentir sur son » ;

« – à la seconde phrase, les mots : « Elles sont alors subrogées » sont remplacés par les mots : « Elle est alors subrogée » ;

« g) L'article L. 581-10 est ainsi modifié :

« – au troisième alinéa, les mots : « Dès qu'ils ont saisi le représentant de l'État dans le département, les organismes débiteurs de prestations familiales ne peuvent plus, jusqu'à ce qu'ils soient informés » sont remplacés par les mots : « Dès qu'elle a saisi le représentant de l'État dans la collectivité, la Caisse de prévoyance sociale ne peut plus, jusqu'à ce qu'elle soit informée » et le mot : « leur » est remplacé par : « sa » ;

« – au dernier alinéa, les mots :

Texte en vigueur

15° Articles L. 583-1 à L. 583-3.

Code des transports

Art. L. 5552-16. – Entrent également en compte pour la pension :

1° Le temps de navigation accompli sous pavillon monégasque ;

2° Le temps passé par les marins, en exécution de leur contrat, en qualité de passagers à bord d'un navire français ou étranger, pour se rendre hors du territoire métropolitain en vue d'y embarquer sur un navire battant pavillon français ou pour regagner ce territoire ;

3° Les périodes pendant lesquelles le marin a dû interrompre la navigation pour cause de congé ou repos, de maladie, d'accident, de naufrage, d'innavigabilité du navire ou en raison de circonstances résultant de l'état de guerre ;

4° Les périodes antérieures à l'ouverture du rôle d'équipage ou postérieures à la clôture de ce rôle durant lesquelles les marins d'un navire sont affectés à des tâches de nature technique à bord de ce navire ;

5° Le temps pendant lequel les marins ayant accompli au moins dix ans de

Texte du projet de loi

« Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales » sont remplacés par les mots : « Lorsque la Caisse de prévoyance sociale ». »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 34

Pour l'année 2016, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,6 milliards d'euros.

**TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE VIEILLESSE**

Article 35

Propositions de la Commission

Article 34

(Sans modification)

**TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE VIEILLESSE**

Article 35

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

navigation sont employés d'une façon permanente dans les services techniques des entreprises d'armement maritime ou des sociétés de classification agréées ;

6° Le temps pendant lequel les marins ayant antérieurement accompli au moins cinq ans de navigation professionnelle sont titulaires d'une fonction permanente dans les organisations professionnelles ou syndicales maritimes régulièrement constituées, dans les foyers ou maisons de marins, à la condition qu'ils n'aient cessé de naviguer que pour exercer cette fonction ;

7° Le temps pendant lequel les marins ayant accompli au moins cinq ans de navigation professionnelle ont été investis d'un mandat parlementaire, à la condition qu'ils n'aient cessé de naviguer que pour exercer ce mandat ;

8° Les périodes pendant lesquelles, avant d'avoir atteint un âge fixé par décret en Conseil d'État, les marins sont privés d'emploi et perçoivent :

a) Le revenu de remplacement mentionné à l'article L. 5421-1 du code du travail ;

b) L'allocation de conversion prévue au 3° de l'article L. 5123-2 du code du travail ;

c) L'allocation versée aux marins pêcheurs ayant présenté une demande de cessation d'activité qui remplissent des conditions d'âge et de durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse des marins et qui renoncent à titre définitif à exercer toute activité de pêche professionnelle ;

d) L'allocation de cessation anticipée d'activité versée aux marins et anciens marins exposés à l'amiante ;

9° Le temps pendant lequel :

a) Un marin interrompt la navigation pour les besoins de la gestion de l'entreprise qu'il dirige, à condition que les périodes correspondantes représentent, par année civile, moins de 50 % du total des services validés pour pension ;

I. – Le a du 8° de l'article L. 5552-16 du code des transports est remplacé par les dispositions suivantes :

« a) Un revenu de remplacement ou une allocation ou une rémunération parmi ceux mentionnés au 2° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale ; ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

b) Un marin, ayant accompli au moins dix ans de navigation professionnelle, cesse de naviguer pour gérer personnellement, de façon permanente, l'entreprise d'armement maritime qu'il dirige ;

10° Le temps passé dans les activités mentionnées aux 6° et 9° dès lors que le marin est reconnu atteint d'une infirmité le mettant dans l'impossibilité absolue et définitive de continuer l'exercice de la navigation ;

11° Dans des limites fixées par décret en Conseil d'État, les périodes pendant lesquelles un marin a perçu une pension d'invalidité en raison d'une maladie ou d'un accident non professionnels ;

12° Les périodes de versement de l'indemnité de soins aux tuberculeux définies par l'article L. 161-21 du code de la sécurité sociale ;

13° Les périodes non embarquées de courte durée entre deux embarquements dès lors que le marin reste lié à l'armateur par son contrat de travail et que les cotisations correspondantes sont versées ;

14° Les périodes de détachement pendant lesquelles le marin est autorisé à rester affilié au régime ;

15° Le temps de navigation maritime active et professionnelle accompli sur les navires battant pavillon d'un État membre de l'Union européenne, lorsque le marin est affilié au régime de sécurité sociale des marins en application des règlements européens portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ;

16° Le temps d'enseignement des marins ayant accompli préalablement une durée de navigation professionnelle fixée par décret en Conseil d'État dans l'École nationale supérieure maritime ou un établissement d'enseignement professionnel maritime, dans la limite de leur durée de navigation antérieure effective ;

17° Le temps de concours à des travaux de recherche géophysique, dans une limite de trois ans.

Un décret en Conseil d'État fixe les

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

modalités d'application du présent article.

II. – Le présent article entre en vigueur au titre des pensions liquidées à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 36

Article 36

Pour l'année 2016, 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 227,8 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 123,1 milliards d'euros.

Code de la sécurité sociale

Article 36 bis

Art. L. 173-1-2. I. – Lorsqu'un assuré relève ou a relevé successivement, alternativement ou simultanément du régime général de sécurité sociale, du régime des salariés agricoles et des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales et demande à liquider l'un de ses droits à pension de vieillesse auprès d'un des régimes concernés, il est réputé avoir demandé à liquider l'ensemble de ses pensions de droit direct auprès desdits régimes. Le total de ses droits à pension dans ces régimes est déterminé selon les modalités suivantes.

Pour le calcul du total des droits à pension, sont additionnés, pour chaque année civile ayant donné lieu à affiliation à l'assurance vieillesse auprès d'un des régimes concernés :

1° L'ensemble des rémunérations ayant donné lieu à cotisation d'assurance vieillesse, afin de déterminer annuellement le nombre de trimestres d'assurance pour l'ensemble des régimes concernés ;

2° L'ensemble des périodes d'assurance retenues pour la détermination du droit à pension dans l'un de ces régimes ;

3° Les salaires et revenus annuels de base de chacun des régimes, sans que leur

Après le III de l'article L. 173-1-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, sont insérés des III bis et III ter ainsi rédigés :

Texte en vigueur

somme puisse excéder le montant du plafond annuel défini au premier alinéa de l'article L. 241-3 en vigueur au cours de chaque année considérée.

Le nombre de trimestres validés qui résulte de la somme des périodes mentionnées aux 1° et 2° du présent I ne peut être supérieur à quatre par an.

II. – La pension est calculée, en fonction des paramètres prévus au I, par un seul des régimes concernés, en fonction de ses modalités et règles de liquidation. Un décret en Conseil d'État détermine la règle de priorité permettant de désigner le régime compétent pour liquider la pension.

III. – Le régime qui a calculé et qui sert la pension en supporte intégralement la charge. Un décret précise les modalités de compensation financière forfaitaire entre les régimes concernés.

IV. – Sauf disposition contraire, un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article.

Art. L. 351-2. L'aide personnalisée au logement est accordée au titre de la résidence principale, quel que soit le lieu de son implantation sur le territoire national. Son domaine d'application comprend :

1° Les logements occupés par leurs propriétaires, construits, acquis ou améliorés, à compter du 5 janvier 1977, au moyen de formes spécifiques d'aides de l'État ou de prêts dont les caractéristiques et les

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« III bis. – Le présent article est applicable aux assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1953.

« III ter. – Les dispositions du II du présent article sont également applicables aux pensions de réversion lorsque les pensions de vieillesse de droit propre du conjoint décédé ou disparu ont ou auraient relevé des dispositions du présent article. ».

Amendement AS390

Article 36 ter

L'article L. 351-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.

Amendement AS391

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

conditions d'octroi sont fixées par décret ;

Article 36 quater

Avant le 1^{er} juillet 2016, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de revalorisation du montant de la pension de retraite du régime des cultes.

Amendement AS21

**TITRE III
DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE DES ACCIDENTS DU
TRAVAIL ET DES MALADIES
PROFESSIONNELLES**

**TITRE III
DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE DES ACCIDENTS DU
TRAVAIL ET DES MALADIES
PROFESSIONNELLES**

Article 37

Article 37

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 430 millions d'euros au titre de l'année 2016.

(Sans modification)

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 600 millions d'euros au titre de l'année 2016.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d'euros au titre de l'année 2016.

Article 38

Article 38

Pour l'année 2016, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

(Sans modification)

1° Pour l'ensemble des régimes

Texte en vigueur

—

Code de la sécurité sociale

Livre I^{er}
Généralités – Dispositions communes à tout
ou partie des régimes de base
Titre I^{er}
Généralités
Chapitre I^{er}
Organisation de la sécurité sociale

Art. L. 111-1. – L'organisation de la
sécurité sociale est fondée sur le principe de
solidarité nationale.

Elle garantit les travailleurs et leur
famille contre les risques de toute nature
susceptibles de réduire ou de supprimer leur
capacité de gain. Elle couvre également les
charges de maternité, de paternité et les
charges de famille.

Elle assure, pour toute autre personne
et pour les membres de sa famille résidant sur
le territoire français, la couverture des
charges de maladie, de maternité et de
paternité ainsi que des charges de famille.

Cette garantie s'exerce par l'affiliation
des intéressés et le rattachement de leurs
ayants droit à un (ou plusieurs) régime(s)
obligatoire(s).

Elle assure le service des prestations
d'assurances sociales, d'accidents du travail
et maladies professionnelles, des allocations
de vieillesse ainsi que le service des

Texte du projet de loi

—

obligatoires de base de sécurité sociale, à
13,4 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la
sécurité sociale, à 12,0 milliards d'euros.

TITRE IV
DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE MALADIE

CHAPITRE I^{ER}
Amélioration de l'accès aux droits

Article 39

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

1° L'article L. 111-1 est remplacé
par les dispositions suivantes :

« Art. L. 111-1. – La sécurité sociale
est fondée sur le principe de solidarité
nationale.

« Elle assure, pour toute personne
travaillant ou résidant en France de façon
stable et régulière, la couverture des
charges de maladie, de maternité et de
paternité ainsi que des charges de famille.

« Elle garantit les travailleurs contre
les risques de toute nature susceptibles de
réduire ou de supprimer leurs revenus.
Cette garantie s'exerce par l'affiliation des
intéressés à un ou plusieurs régimes
obligatoires.

« Elle assure la prise en charge des
frais de santé, le service des prestations
d'assurance sociale, notamment des
allocations vieillesse, le service des

Propositions de la Commission

—

TITRE IV
DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE MALADIE

CHAPITRE I^{ER}
Amélioration de l'accès aux droits

Article 39

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

prestations familiales dans le cadre des dispositions fixées par le présent code.

prestations d'accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre des dispositions fixées par le présent code, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens. » ;

2° L'article L. 111-2-1 est ainsi modifié :

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

Art. L. 111-2-1. – I. – La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie.

« La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale.

Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources.

« Cette protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection. » ;

L'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire.

b) Au troisième alinéa, les mots : « l'accès effectif des assurés aux soins » sont remplacés par les mots : « l'accès effectif à la prévention et aux soins des bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale » ;

En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'État.

Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie.

II. – La Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations. Le système de retraite par répartition assure aux retraités le versement de pensions en rapport avec les revenus qu'ils ont tirés de leur activité.

Les assurés bénéficient d'un traitement équitable au regard de la durée de la retraite

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

comme du montant de leur pension, quels que soient leur sexe, leurs activités et parcours professionnels passés, leur espérance de vie en bonne santé, les régimes dont ils relèvent et la génération à laquelle ils appartiennent.

La Nation assigne également au système de retraite par répartition un objectif de solidarité entre les générations et au sein de chaque génération, notamment par l'égalité entre les femmes et les hommes, par la prise en compte des périodes éventuelles de privation involontaire d'emploi, totale ou partielle, et par la garantie d'un niveau de vie satisfaisant pour tous les retraités.

La pérennité financière du système de retraite par répartition est assurée par des contributions réparties équitablement entre les générations et, au sein de chaque génération, entre les différents niveaux de revenus et entre les revenus tirés du travail et du capital. Elle suppose de rechercher le plein emploi.

Art. L. 111-2-2. – Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quel que soit leur âge, leur sexe, leur nationalité ou leur lieu de résidence, toutes les personnes exerçant sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps partiel :

– une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat ;

– une activité professionnelle non salariée.

Sous réserve des règlements communautaires, le premier alinéa ne s'applique pas en matière d'assurance vieillesse aux salariés étrangers qui demandent, conjointement avec leur

3° L'article L. 111-2-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 111-2-2. – Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quel que soit leur âge, leur sexe, leur nationalité ou leur lieu de résidence toutes les personnes :

« 1° Qui exercent sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps partiel :

« – une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme ou la nature ou la validité de leur contrat ;

« – une activité professionnelle non salariée ;

« 2° Qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

employeur établi en France ou, à défaut, avec leur entreprise d'accueil en France, à être exemptés d'affiliation pour ce risque, à condition :

internationales. » ;

1° De justifier par ailleurs d'une assurance vieillesse ;

2° De ne pas avoir été affiliés, au cours des cinq années précédant la demande, à un régime français obligatoire d'assurance vieillesse, sauf pour des activités accessoires, de caractère saisonnier ou liées à leur présence en France pour y suivre des études, ou à un régime de sécurité sociale d'un État, auxquels s'appliquent les règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale ;

3° D'avoir été présents au moins trois mois dans l'établissement ou l'entreprise établis hors de France où ils exerçaient leur activité professionnelle immédiatement avant la demande.

L'exemption n'est accordée qu'une seule fois pour le même salarié pour une durée de trois ans. Pour la période couverte par cette exemption, le salarié n'a droit ou n'ouvre droit à aucune prestation d'un régime français d'assurance vieillesse.

Par dérogation à l'alinéa précédent, une prolongation de l'exemption peut être accordée par l'autorité administrative compétente pour une nouvelle période de trois ans.

Le non-respect des conditions d'exemption énoncées ci-dessus, dûment constaté par les agents visés à l'article L. 243-7, entraîne l'annulation de l'exemption et le versement, par l'employeur ou le responsable de l'entreprise d'accueil, à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et aux autres organismes collecteurs concernés, d'une somme égale à une fois et demie le montant des contributions et cotisations qui auraient été dues si le salarié n'avait pas bénéficié de ladite exemption.

Un décret fixe les modalités d'application de ces dispositions dérogatoires.

Sous réserve des règlements communautaires, le premier alinéa ne

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

s'applique pas en matière d'assurance vieillesse aux personnes non salariées répondant aux conditions fixées aux deuxième à cinquième alinéas du 1 du I de l'article 81 C du code général des impôts, qui demandent à être exemptées d'affiliation pour ce risque, à condition :

1° De justifier par ailleurs d'une couverture des mêmes risques ;

2° De ne pas avoir été affiliés, au cours des cinq années précédant la demande, à un régime français obligatoire de sécurité sociale, sauf pour des activités accessoires, de caractère saisonnier ou liées à leur présence en France pour y suivre des études, ou à un régime de sécurité sociale d'un État auquel s'appliquent les règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale.

L'exemption n'est accordée qu'une seule fois à une même personne pour une durée de trois ans. Pour la période couverte par cette exemption, l'intéressé n'a droit ou n'ouvre droit à aucune prestation d'un régime français d'assurance vieillesse.

Par dérogation à l'alinéa précédent, une prolongation de l'exemption peut être accordée par l'autorité administrative compétente, pour une nouvelle période de trois ans.

Le non-respect des conditions d'exemption énoncées ci-dessus entraîne l'annulation de l'exemption et le versement par l'intéressé aux organismes collecteurs concernés d'une somme égale à une fois et demie le montant des contributions et cotisations qui auraient été dues si le salarié n'avait pas bénéficié de ladite exemption.

Un décret fixe les modalités d'application de ces dispositions dérogatoires.

3° Après l'article L. 111-2-2, il est inséré un article L. 111-2-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 111-2-3. – Un décret en conseil d'État précise, sans préjudice des règles particulières applicables au service des prestations ou allocations, les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour mentionnées à l'article L. 111-1. »

Texte en vigueur

—
Livre I^{er}
Généralités – Dispositions communes à tout
ou partie des régimes de base
Titre I^{er}
Généralités
Chapitre IV ter
Contrôle et lutte contre la fraude

Art. L. 114-10. – Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

Lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, un agent chargé du contrôle peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches du régime général.

Les modalités de cette coopération sont définies par décret.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux agents mentionnés à l'article L. 243-7.

Texte du projet de loi

—
II. – Le chapitre IV ter du titre I^{er} du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 114-10, après les mots : « concernant l'attribution des prestations », sont insérés les mots : « , le contrôle du respect des conditions de résidence, » ;

2° Après l'article L. 114 10, il est inséré un article L. 114 10 1 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-10-1. – Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale organisent le contrôle du respect des

Propositions de la Commission

—

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. 115-7. – Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale assurant l'affiliation, le versement des prestations ou le recouvrement des cotisations sont tenus de vérifier lors de l'affiliation et périodiquement que les assurés étrangers satisfont aux conditions de régularité de leur situation en France prévues au présent code. La vérification peut également être faite lors de la déclaration nominative effectuée par l'employeur prévue par l'article L. 320 du code du travail. Ils peuvent avoir accès aux fichiers des services de l'État pour obtenir les informations administratives nécessaires à cette vérification.

Lorsque ces informations sont conservées sur support informatique, elles peuvent faire l'objet d'une transmission selon les modalités prévues au chapitre IV de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

conditions de résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, réalisé par rapprochement avec les vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale. » ;

3° L'article L. 115-7 devient l'article L. 114-10-2 et à cet article, les mots : « le versement » sont remplacés par les mots : « l'attribution » ;

4° Avant l'article L. 114-1, il est inséré un article L. 114-10-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-10-3. – I. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie établit un référentiel, homologué par l'État, précisant les modalités de contrôle appliquées par les organismes assurant la prise en charge des frais de santé, mentionnée à l'article L. 160-1, pour garantir le respect des conditions requises pour en bénéficier notamment celles prévues aux articles L. 114-10-1 et L. 114-10-2. Ce référentiel distingue les procédés de contrôle faisant appel à des échanges d'informations et ceux nécessitant un contrôle direct auprès des assurés sociaux.

« II. – Lorsqu'un organisme constate, après avoir procédé aux vérifications nécessaires, qu'une personne n'a pas droit à la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale, elle lui notifie son constat et l'invite à présenter ses observations. La personne fait connaître à l'organisme ses observations et fournit, le

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 114-12. – Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail se communiquent les renseignements qui :

1° Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ;

2° Sont nécessaires à l'information des personnes sur l'ensemble de leurs droits en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes ;

3° Sont nécessaires au contrôle, à la justification dans la constitution des droits, notamment à pension de vieillesse et à la justification de la liquidation et du versement des prestations dont sont chargés respectivement ces organismes.

Art. L. 114-12-1. – Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des 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.

cas échéant, les pièces justificatives nécessaires au maintien de ses droits. Si les observations présentées et les pièces produites sont insuffisantes pour justifier le maintien des droits, ou en l'absence de réponse de l'intéressé, il est mis fin au service des prestations. La personne concernée en est préalablement informée.

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

5° L'article L. 114-12 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les mots : « , notamment à pension de vieillesse » sont supprimés ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Permettent d'établir le respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations. » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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. 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 ;

3° L'organisme chargé de la gestion du système d'information du compte personnel de formation mentionné au III de l'article L. 6323-8 du code du travail, dans le cadre de la gestion de ce compte ;

4° Les institutions mentionnées à l'article L. 3253-14 du code du travail.

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

6° Au neuvième alinéa de l'article L. 114-12-1, les mots :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

—
derniers, ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir. Au 1^{er} janvier 2016, il contient également le montant des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa.

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. 162-1-14. – I. – Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles :

1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1, de

« ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir » sont remplacés par les mots : « l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir, ainsi que les informations permettant d'attester du respect des conditions de résidence » ;

7° Après l'article L. 114-12-3, il est inséré un article L. 114-12-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-12-4. – Dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les organismes et administrations mentionnés aux articles L. 114-12 et L. 114-14 mettent en œuvre les échanges d'informations, utilisant le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques mentionné à l'article L. 114-12-1, strictement nécessaires au contrôle du respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations. » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 ou de l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Les employeurs ;

3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ;

4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

II. – La pénalité mentionnée au I est due pour :

1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;

2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant le service des prestations ;

3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ;

4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de

8° L'article L. 162-1-14 devient l'article L. 114-17-1 et au 2° du II de cet article, les mots : « le service des » sont remplacés par les mots : « l'ouverture de leurs droits et le service des ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'article L. 251-1 du même code ;

5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17, L. 162-1-20 et L. 315-1 ;

6° Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ;

7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;

8° Le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que le patient ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier médical personnel ;

9° Toute fausse déclaration portée sur la déclaration d'accident du travail ou tout non-respect par les employeurs des obligations relatives à ladite déclaration ou à la remise de la feuille d'accident à la victime ;

10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

III. —

III. — Avant le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du même code, il est inséré un chapitre préliminaire intitulé : « Dispositions relatives à la prise en charge de frais de santé », comprenant quatre sections ainsi modifiées :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

1° La section 1 est intitulée :
« Dispositions relatives aux bénéficiaires »
et comprend les articles L. 160-1 à
L. 160-7.

a) Les articles L. 160-1 à L. 160-4
sont ainsi rédigés :

« Art. L. 160-1. – Toute personne
travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas
d'activité professionnelle, résidant en
France de manière stable et régulière
bénéficie, en cas de maladie et maternité,
de la prise en charge des frais de santé dans
les conditions fixées au présent livre.

« L'exercice d'une activité
professionnelle et les conditions de
résidence en France sont appréciées selon
les règles prévues respectivement aux
articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3.

« Art. L. 160-2. – Par dérogation
aux dispositions de l'article L. 160-1,
bénéficient en tant qu'ayants droit de la
prise en charge des frais de santé par
rattachement à un assuré social les enfants
mineurs n'exerçant pas d'activité
professionnelle, qui sont à sa charge, que la
filiation, y compris adoptive, soit
légalement établie, qu'ils soient pupilles de
la Nation dont l'assuré est tuteur, ou
enfants recueillis.

« Le statut d'ayant droit prend fin
l'année au cours de laquelle l'enfant atteint
l'âge de sa majorité, à la date du premier
jour de la période mentionnée à
l'article L. 381-8, que celui-ci poursuive ou
non des études dans les établissements,
écoles ou classes mentionnés à
l'article L. 381-4.

« L'enfant qui a atteint l'âge de
seize ans, peut demander, selon des
modalités fixées par décret, à bénéficier, à
titre personnel, de la prise en charge des
frais de santé en cas de maladie ou de
maternité.

« L'enfant qui, ayant atteint l'âge de
seize ans, poursuit des études dans les
établissements, écoles ou classes
mentionnés à l'article L. 381-4 bénéficie
automatiquement de la prise en charge des
frais de santé à titre personnel

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, à la diligence et sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité.

« Art. L. 160-3. – Lorsqu'ils résident à l'étranger et n'exercent pas d'activité professionnelle, bénéficient lors de leurs séjours temporaires en France de la prise en charge des frais de santé prévue à l'article L. 160-1, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit à cette prise en charge ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 161-22-2 :

« 1° Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse ou d'une pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français ;

« 2° Les titulaires d'une rente ou d'une allocation allouée en vertu de dispositions des législations sur les accidents du travail et maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles ;

« 3° Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français ;

« Toutefois, en cas d'hospitalisation, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Lorsque la prise en charge mentionnée au premier alinéa est prévue par les règlements européens ou les conventions internationales, elle est étendue, dans les conditions prévues par ces règlements ou accords, aux soins de santé reçus à l'étranger par les titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnés à cet alinéa.

« Art. L. 160-4. – Bénéficient également de la prise en charge des frais de santé lorsqu'ils n'exercent pas d'activité

Texte en vigueur

—

Texte du projet de loi

—

Propositions de la Commission

—

professionnelle en France :

« 1° Les membres de la famille qui accompagnent les travailleurs détachés temporairement à l'étranger depuis la France pour y exercer une activité professionnelle et qui sont exemptés d'affiliation au régime de sécurité sociale du pays de détachement en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;

« 2° Les membres de la famille à la charge d'un assuré du régime français, qui ne résident pas en France et bénéficient d'une telle prise en charge en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;

« 3° Les membres du personnel diplomatique et consulaire ou les fonctionnaires de la France et personnes assimilées en poste à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent. » ;

b) L'article L. 161-2-1 devient l'article L. 160-5 et est ainsi modifié :

– le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret, ne pas bénéficier de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1, bénéficie de cette prise en charge auprès de cette caisse, dès qu'il justifie de son identité et de sa résidence stable et régulière. » ;

Art. L. 161-2-1. – Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai, au titre de l'article L. 380-1, au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. La caisse saisit ensuite, s'il y a lieu, l'organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève.

Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'État dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé.

Les personnes sans domicile stable doivent élire domicile dans les conditions

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

prévues au chapitre IV du titre VI du livre II du code de l'action sociale et des familles. Dans le but de simplifier les démarches des intéressés, les organismes de sécurité sociale concernés et le département sont informés par l'organisme agréé des décisions d'attribution ou de retrait des attestations d'élection de domicile mentionnées à l'article L. 264-2 du même code, dans des conditions définies par décret.

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

Art. L. 380-3. – Les dispositions de l'article L. 380-1 ne s'appliquent pas aux personnes suivantes :

1° Les membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les fonctionnaires d'un État étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent ;

2° Les personnes qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure ;

3° (Abrogé) ;

4° Les agents retraités d'une organisation internationale qui ne sont pas également titulaires d'une pension française, ainsi que les membres de leur famille, dès lors qu'ils sont couverts dans des conditions

– le dernier alinéa est supprimé ;

c) L'article L. 380-3 devient l'article L. 160-6 et est ainsi modifié :

– le premier alinéa est remplacé par un alinéa rédigé :

« Les dispositions de l'article L. 160-1 ne s'appliquent pas aux personnes suivantes si elles n'exercent pas une activité professionnelle complémentaire en France : » ;

– après le 2°, il est rétabli un 3° ainsi rédigé :

« 3° Les personnes titulaires d'une pension étrangère et qui ne bénéficient pas par ailleurs d'un avantage viager d'un régime obligatoire français, lorsqu'en application d'un règlement européen ou d'une convention internationale, la prise en charge de leurs frais de santé ainsi que ceux des membres de leur famille qui résident avec eux relève du régime étranger qui sert la pension ; »

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

analogues à celles du régime général français d'assurance maladie et maternité par le régime propre à l'organisation dont ils relevaient quand ils étaient en activité ;

5° Les travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire, ainsi que les personnes appartenant aux catégories mentionnées aux articles L. 161-14 et L. 313-3 ;

6° Les ressortissants des États membres de la Communauté européenne et des autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen, entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre.

Art. L. 332-3. – Sous réserve des conventions et des règlements internationaux et de l'article L. 766-1, lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes des assurances maladie et maternité ne sont pas servies.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles des dérogations peuvent être apportées au principe posé à l'alinéa précédent dans le cas où l'assuré ou ses ayants droit tombent malades inopinément au cours d'un séjour hors d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état. Ce décret fixe également les adaptations nécessaires à la prise en charge des soins lorsque ceux-ci sont

– au 5°, les mots : « communautaire, ainsi que les personnes appartenant aux catégories mentionnées aux articles L. 161-14 et L. 313-3 » sont remplacés par les mots : « européen, les membres de leur famille qui les accompagnent ou toute autre personne relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État en raison de son activité professionnelle, ainsi que les membres de la famille de cette dernière qui résident avec elle de manière stable et régulière en France » ;

– au 6°, les mots : « la Communauté » sont remplacés par les mots : « l'Union » et après les mots : « l'Espace économique européen », sont insérés les mots : « ou de la Suisse » ;

d) L'article L. 332-3 devient l'article L. 160-7 et est ainsi modifié :

– au premier alinéa, les mots : « des règlements internationaux » sont remplacés par les mots : « internationales et règlements européens », les mots : « à leurs ayants droit » sont remplacés par les mots : « aux personnes mentionnées à l'article L. 160-2 » et les mots : « correspondantes des assurances » sont remplacés par les mots : « en cas de » ;

– au deuxième alinéa, les mots : « ses ayants droit » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées à l'article L. 160-2 » et après les mots : « l'Espace économique européen », sont insérés les mots : « ou en Suisse » ;

– les deux dernières phrases du deuxième alinéa sont supprimées ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

dispensées dans un Etat membre de l'union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Ce décret peut également prévoir les modalités selon lesquelles le service des prestations en nature est confié à un ou plusieurs organismes agissant pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

2° La section 2 est intitulée : « Dispositions relatives aux prestations » et comprend les articles L. 160-8 à L. 160-12 ;

a) L'article L. 160-8 est ainsi modifié :

– le premier alinéa est ainsi rédigé :

« La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte : » ;

Art. L. 321-1. – L'assurance maladie comporte :

– l'article est complété par les 1°, 2°, 3°, 4°, 6° et 9° de l'article L. 321-1, qui deviennent respectivement, les 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 6° et sont ainsi modifiés :

1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

i) au 1°, les mots : « nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3 » sont supprimés ;

2° La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport

ii) au 2°, les mots : « de l'assuré ou des ayants droit » sont remplacés par les mots : « des personnes » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

fixées par décret en Conseil d'État ;

3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique ;

5° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret ;

6° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

7° (Abrogé) ;

8° (Abrogé) ;

9° La couverture des frais relatifs à

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.

b) Les articles L. 331-2, L. 322-1, L. 332-1 et L. 322-7 deviennent respectivement les articles L. 160-9, L. 160-10, L. 160-11 et L. 160-12 et sont ainsi modifiés :

Art. L. 331-2. – L'assurance maternité couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant au cours d'une période définie par décret. Lorsque l'accouchement a lieu avant le début de cette période, l'assurance maternité prend en charge l'ensemble des frais mentionnés ci-dessus à compter de la date d'accouchement et jusqu'à l'expiration de ladite période.

L'assurance maternité couvre également :

1° Les frais d'examens prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1 et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du code de la santé publique ;

2° Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Art. L. 322-1. – La part garantie par la caisse primaire d'assurance maladie ne peut excéder le montant des frais exposés. Elle est remboursée soit directement à l'assuré ou aux ayants droit mentionnés à la deuxième phrase de l'article L. 161-14-1, soit à l'organisme ayant reçu délégation de l'assuré dès lors que les soins ont été dispensés par un établissement ou un praticien ayant passé convention avec cet organisme, et dans la mesure où cette convention respecte la réglementation conventionnelle de l'assurance maladie.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions et limites dans lesquelles l'assuré peut déléguer un tiers pour l'encaissement des prestations qui lui sont dues.

– au premier alinéa de l'article L. 160-10, les mots : « Elle est remboursée soit directement à l'assuré ou aux ayants droit mentionnés à la deuxième phrase de l'article L. 161-14-1, » sont remplacés par les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou elle est remboursée soit directement à l'assuré » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 332-1. – L'action de l'assuré et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations ; pour le paiement des prestations de l'assurance maternité, elle se prescrit par deux ans à partir de la date de la première constatation médicale de la grossesse.

L'action des ayants droit de l'assuré pour le paiement du capital prévu à l'article L. 361-1 se prescrit par deux ans à partir du jour du décès.

Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou fausse déclaration.

Art. L. 322-7. – Les prestations en nature visées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 6° et 7° de l'article L. 321-1 sont incessibles et insaisissables sauf pour le recouvrement des prestations indûment versées à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'assuré.

Les blocages des sommes déposées sur un compte ne peuvent avoir pour effet de faire obstacle à l'insaisissabilité et à l'incessibilité des prestations visées au premier alinéa.

Art. L. 322-2. – I. – La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 peut être proportionnelle

– au premier alinéa de l'article L. 160-11, les mots : « et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 » sont supprimés ;

– au premier alinéa de l'article L. 160-12, les mots : « en nature » sont supprimés et les mots : « 6° et 7° de l'article L. 321-1 » sont remplacés par les mots « 5° et 6° de l'article L. 160-8 » ;

3° La section 3 est intitulée : « Participation de l'assuré social » et comprend les articles L. 160-13 à L. 160-17 résultant des dispositions suivantes :

a) Les articles L. 322-2, L. 322-3, L. 322-4 et L. 322-8 deviennent respectivement les articles L. 160-13, L. 160-14, L. 160-15 et L. 160-16 et sont ainsi modifiés :

– à l'article L. 160-13, les références à l'article L. 321-1 sont remplacées par la référence à l'article L. 160-8 ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'État, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'État précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.

L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

II. – L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'État, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.

Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.

Texte en vigueur

—

Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.

III. – En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie : 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;

2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;

3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.

Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3°.

Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° bénéficie de la dispense d'avance de frais,

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

les sommes dues au titre de la franchise peuvent être versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.

Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés.

Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.

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 ;

2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;

3° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;

4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :

a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;

b) Cette ou ces affections nécessitent

– à l'article L. 160-14 :

i) les références aux articles L. 321-1 et L. 322-2 sont remplacés respectivement par les références aux articles L. 160-8 et L. 160-13 ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;

6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 321-1 ;

7° Lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;

8° Lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;

9° Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1^{er} de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;

10° Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;

11° Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'État, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'État ;

12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;

13° Pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les

ii) au 13°, les mots : « pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

frais engagés pour eux-mêmes ;

L. 371-1 » sont remplacés par les mots :
« pour les titulaires d'une pension
d'invalidité et les bénéficiaires des
dispositions des articles L. 341-15,
L. 341-16 et L. 371-1 » ;

14° Pour les ayants droit des
bénéficiaires des dispositions de
l'article L. 371-1 ;

iii) au 14°, les mots : « ayant droit
des » sont remplacés par les mots :
« personnes mentionnées à
l'article L. 161-1 rattachées aux » ;

15° Pour les soins consécutifs aux
sévices subis par les mineurs victimes d'actes
prévus et réprimés par les articles 222-23 à
222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;

16° Dans le cadre des programmes
mentionnés au 6° de l'article L. 321-1, pour
les frais d'examens de dépistage et les frais
liés aux consultations de prévention destinées
aux mineurs et à une unique consultation de
prévention pour les personnes de plus de
soixante-dix ans ;

17° Pour les frais relatifs à l'examen
de prévention bucco-dentaire mentionné au 9°
de l'article L. 321-1 ;

iv) au 17°, les mots « au 9° » sont
remplacés par les mots « au 6° » ;

18° Pour les donneurs mentionnés à
l'article L. 1211-2 du code de la santé
publique, en ce qui concerne l'ensemble des
frais engagés au titre du prélèvement
d'éléments du corps humain et de la collecte
de ces produits ;

19° Pour les frais de transport liés aux
soins ou traitements dans les centres
mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du
code de l'action sociale et des familles et les
centres médico-psycho pédagogiques
autorisés dans des conditions fixées par voie
réglementaire, après accord préalable de
l'organisme qui sert les prestations, dans les
conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1
et à l'article L. 322-5 du présent code ;

20° Pour les frais liés à une
interruption volontaire de grossesse
mentionnée au 4° de l'article L. 321-1 ;

21° Pour l'assurée mineure d'au moins
quinze ans, pour les frais d'acquisition de
certains contraceptifs ;

22° Pour certains frais dus au titre des
honoraires de dispensation des pharmaciens

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1.

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.

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. 322-4. – La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 n'est pas exigée pour ses ayants droit mineurs, pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au second alinéa de l'article L. 863-3.

Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article L. 322-2.

Art. L. 322-8. – Les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées bénéficient de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées au présent chapitre.

– à l'article L. 160-15, les mots : « ses ayants droit mineurs » sont remplacés par les mots : « les mineurs » et la référence à l'article L. 322-2 est remplacée par la référence à l'article L. 160-13 ;

– à l'article L. 160-16, les mots : « Les assurés et leurs ayants droit » sont remplacés par les mots : « Les bénéficiaires » et les mots :

« de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées au présent chapitre » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge intégrale des frais de santé dans les conditions prévues au présent chapitre. » ;

4° La section 4 est intitulée : « Dispositions relatives à l'organisation et au service des prestations » et comprend un article ainsi rédigé :

« Art. L. 160-17. – La prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 est effectuée pour les personnes exerçant une activité professionnelle par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires auxquels elles sont affiliées pour le service des prestations d'assurances sociales dans des conditions définies par décret. Ce

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

décret détermine également les conditions dans lesquelles ces organismes prennent en charge les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle.

« Il précise en outre les modalités selon lesquelles les personnes qui ne sont pas affiliées à titre professionnel peuvent demander à être gérées par l'organisme dont relève leur conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin.

« Pour la prise en charge des frais de santé des assurés mentionnés aux articles L. 381-4, L. 712-1 et L. 712-2, des opérations de gestion sont déléguées, en tout ou partie, à des mutuelles ou groupements de mutuelles régis par le code de la mutualité. Pour les assurés mentionnés à l'article L. 613-1, les mêmes organismes ainsi que les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires et les assureurs ou groupements d'assureurs régis par le code des assurances peuvent recevoir délégation pour l'exécution, en tout ou partie, d'opérations de gestion.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'organisation et de mise en œuvre de ces délégations, notamment dans le cadre de conventions,

« Pour ...

...mutualité.

« Pour les assurés mentionnés à l'article L. 613-1, les mêmes organismes ainsi que les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires et les assureurs ou groupements d'assureurs régis par le code des assurances peuvent recevoir délégation pour l'exécution, en tout ou partie, d'opérations de gestion.

« Les organismes ayant reçu délégation des opérations de gestion reçoivent, des caisses d'assurance maladie, les fonds nécessaires au service des prestations et justifient auxdites caisses de l'emploi des fonds reçus.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'organisation et de mise en œuvre de ces délégations, notamment dans le cadre de conventions, ainsi que les modalités d'évaluation de leurs résultats.

« Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles il peut être mis fin à ces délégations, en cas de défaillance

Texte en vigueur

—

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 I^{er}
Dispositions relatives aux prestations

Section 1
Bénéficiaires
Sous-section 1
Dispositions communes

Texte du projet de loi

—

les modalités d'évaluation de leurs résultats et les conditions dans lesquelles il peut, au vu des résultats constatés, être mis fin à ces délégations. »

IV. – Le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :

1° Il est rétabli au sein de la sous-section 1 de la section 1, un article L. 161-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 161-1. – Sauf dispositions contraires, par membre de la famille, on entend au sens du présent code :

« 1° Le conjoint de l'assuré social, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité ;

« 2° Les enfants mineurs à leur charge et, jusqu'à un âge limite et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État :

« a) Les enfants qui poursuivent leurs études ;

« b) Les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié ;

« 3° L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3^e degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré social ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'État. » ;

2° L'article L. 161-2 est abrogé ;

Art. L. 161-2. – Les conditions de durée minimale d'immatriculation ou d'affiliation exigées pour percevoir les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont supprimées dans tous les

Propositions de la Commission

—

rendant impossible la gestion des régimes obligatoires dans des conditions normales. ».

Amendements AS394 et AS379

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

régimes obligatoires.

Pour le travailleur salarié entrant dans un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, la condition d'un montant minimum de cotisations ou d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé exigé pour percevoir ces prestations en nature de l'assurance maladie et maternité est suspendue pendant un délai s'ouvrant au moment de cette entrée et dont la durée est fixée par décret en Conseil d'État.

Art. L. 161-3. – L'assurance maternité est attribuée dans les mêmes conditions d'un montant minimum de cotisations ou de durée minimale de travail salarié que l'assurance maladie, la date de référence étant celle du début, soit de la grossesse, soit du repos prénatal.

Art. L. 161-8. – Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces.

Les périodes mentionnées à l'alinéa précédent s'appliquent également aux autres régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. Toutefois, si pendant ces périodes, l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.

Les personnes mentionnées à l'article L. 5411-1 du code du travail qui bénéficient, en application du premier alinéa

3° À l'article L. 161-3, les mots : « L'assurance maternité est attribuée » sont remplacés par les mots : « Les prestations en espèces de l'assurance maternité sont attribuées » et après les mots : « travail salarié que » sont insérés les mots : « les prestations en espèces de » ;

4° L'article L. 161-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , soit en qualité d'assuré social, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, » sont remplacés par les mots : « d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité » et les mots : « des assurances maladies, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces » sont remplacés par les mots : « en espèces des assurances maladie et maternité pendant une période définie par décret en Conseil d'État. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « Les périodes mentionnées à l'alinéa précédent s'appliquent également aux autres régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. » sont remplacés par les mots : « Ce maintien de droit s'applique également aux prestations des assurances invalidité et décès du régime général et des régimes qui lui sont rattachés. » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

du présent article, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès continuent, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'État, d'en bénéficier lorsqu'elles reprennent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui ne résident pas en France au sens du présent code.

Art. L. 161-15. – Les ayants droit de l'assuré décédé, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, continuent à bénéficier, pendant une période dont la durée est fixée par décret en Conseil d'État, des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont l'assuré relevait au moment du décès. Cette durée est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint un âge fixé par décret en Conseil d'État.

La personne divorcée qui ne bénéficie pas, à un autre titre, de l'assurance maladie et maternité continue à bénéficier, pour elle-même et les membres de sa famille qui sont à sa charge, pendant une période dont la durée est fixée par décret en Conseil d'État, des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont elle relevait à titre d'ayant droit au moment de la mention du divorce en marge de l'acte de mariage ou de la transcription du jugement de divorce. Cette durée est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint un âge fixé par décret en Conseil d'État.

À l'expiration des périodes de maintien de droits prévues aux premier et deuxième alinéas, lorsqu'elles ont ou ont eu à leur charge au sens de l'article L. 313-3 un nombre d'enfants fixé par décret en Conseil d'État, les personnes visées aux deux premiers alinéas qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre sont obligatoirement affiliées au régime général de sécurité sociale en ce qui concerne la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

5° L'article L. 161-15 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 161-15. – Le conjoint séparé de droit ou de fait, qui se trouve, du fait de défaut de présentation par l'autre conjoint des justifications requises, dans l'impossibilité d'obtenir pour ses enfants mineurs la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité, dispose d'une action directe en paiement de ces prestations dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Le conjoint séparé de droit ou de fait, ayant droit de son époux, qui se trouve, du fait du défaut de présentation par celui-ci des justifications requises, dans l'impossibilité d'obtenir, pour lui-même ou les membres de sa famille à sa charge, les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont il relève, dispose d'une action directe en paiement de ces prestations dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État.

À l'expiration du délai fixé en application du deuxième alinéa du présent article, le bénéfice de l'action directe est également accordé, en tant que de besoin, à la personne divorcée au profit des ayants droit de l'autre personne divorcée, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Art. L. 161-15-1. – Une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1 ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil.

Art. L. 182-2. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pour rôle, dans le respect des objectifs de la politique de santé publique et des objectifs fixés par les lois de financement de la sécurité sociale :

1° De négocier et signer l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1, les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ;

2° De prendre les décisions en matière d'actes et prestations prévus aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ;

3° De fixer la participation prévue en application de l'article L. 322-2 ;

4° D'assurer les relations des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ;

5° De rendre un avis motivé et public

6° À l'article L. 161-15-1, les mots : « des prestations en nature des assurances » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de » et la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-1 ».

VI. – L'article L. 182-2 du même code est complété par un 7° ainsi rédigé :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

sur les projets de loi et de décret relatifs à l'assurance maladie ;

6° De rendre un avis sur le montant de la base forfaitaire annuelle mentionnée à l'article L. 162-17-2-1.

Art. L. 200-1. – Le régime général de sécurité sociale couvre :

1° au titre des assurances sociales, les personnes définies par les articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6 et L. 311-7 ;

2° au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les personnes définies par les articles L. 412-1, L. 412-2 et L. 412-9 ;

3° au titre des prestations familiales, les personnes définies par l'article L. 512-1.

Il peut être fait appel également au régime général pour couvrir un ou plusieurs risques ou charges pour des catégories d'assurés définies par la loi.

Livre 3

Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Art. L. 311-1. – Les assurances sociales du régime général couvrent les risques ou charges de maladie, d'invalidité, de vieillesse, de décès, de veuvage, de maternité, ainsi que de paternité, dans les conditions fixées par les articles suivants.

Art. L. 311-5. – Toute personne percevant l'une des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 ou aux articles L. 1233-65 à L. 1233-69 et L. 1235-16 ou au 8° de l'article L. 1233-68 du code du travail ou l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 5421-2 du même code conserve la qualité d'assuré et bénéficie du maintien de ses droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elle relevait antérieurement. Elle continue à en bénéficier, en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du

« 7° D'établir le référentiel mentionné à l'article L. 114-10-3 ».

VII. – Au 1° de l'article L. 200-1 du même code, après les mots : « au titre » sont insérés les mots : « de la prise en charge des frais de santé et ».

VIII. – Le livre III du même code est ainsi modifié :

1° À l'article L. 311-1, les mots : « couvrent les » sont remplacés par les mots : « assurent le versement des prestations en espèces liées aux » ;

2° L'article L. 311-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « du maintien de ses droits aux prestations » sont insérés les mots : « en espèces » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

droit à prestation fixées à l'article L. 313-1, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'État.

À défaut, elle bénéficie, pour elle-même et ses ayants droit, des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-8 du présent code, ont également droit, pour elles-mêmes et leurs ayants droit, aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général :

1° les personnes qui ont épuisé leurs droits aux revenus de remplacement mentionnés au premier alinéa, tant qu'elles demeurent à la recherche d'un emploi. Cette condition est réputée satisfaite pour les personnes dispensées d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi en application des articles L. 5411-2, L. 5411-6, L. 5411-7 et L. 5411-10 du code du travail ;

2° les personnes percevant l'une des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 du code du travail ;

3° les bénéficiaires des allocations versées en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés à l'article L. 5422-10 du code du travail.

Les personnes qui, pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi bénéficient pour elles-mêmes et leurs ayants droit, tant que dure leur indemnisation, de leurs droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elles relevaient antérieurement au congé parental d'éducation.

Art. L. 313-1. – I. – Pour avoir droit et ouvrir droit :

1° Aux prestations prévues aux 1°, 2°,

b) Les deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième alinéas sont supprimés ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « pour elles-mêmes et leurs ayants droit, » sont supprimés et après les mots : « leurs droits aux prestations » sont insérés les mots : « en espèces » ;

3° L'article L. 313-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– au premier alinéa, les mots : « et ouvrir droit » sont supprimés ;

– le 1° est abrogé ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

3°, 4° et 6° de l'article L. 321-1 ;

2° Aux prestations prévues au 5° de l'article L. 321-1 pendant une durée déterminée ;

3° Aux prestations des assurances maternité et décès, l'assuré social doit justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit avoir effectué un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé.

II. – Pour bénéficier :

1° Des prestations prévues au 5° de l'article L. 321-1, sans interruption, au-delà de la durée fixée en application du 2° du premier alinéa ;

2° Des indemnités journalières de l'assurance maternité, l'assuré doit, en outre, justifier d'une durée minimale d'immatriculation.

Art. L. 321-1. – L'assurance maladie comporte :

1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2° La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la

– au 2°, les mots : « au 5° de l'article » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;

– au 3°, après les mots : « Aux prestations », sont insérés les mots : « en espèces » ;

– le 2° et le 3° ainsi modifiés deviennent respectivement les 1° et 2° ;

b) Au 1° du II, les mots : « au 5° » sont remplacés par le mot : « à »
et les mots : « 2° du premier alinéa » sont remplacés par les mots : « 1° du I » ;

4° L'article L. 321-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'État ;

3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique ;

5° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.

6° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

7° (Abrogé) ;

b) Les mots : « 5° L'octroi d'indemnités » sont remplacés par les mots : « L'assurance maladie assure le versement d'indemnités » ;

Texte en vigueur

—

8° (Abrogé) ;

9° La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.

Art. L. 321-2. – Sous réserve des dispositions des articles L. 161-8 et L. 311-9, les prestations prévues au 1° de l'article L. 321-1 sont attribuées sans limitation de durée si l'assuré remplit, à la date des soins dont le remboursement est demandé, les conditions fixées à l'article L. 313-1.

En cas d'interruption de travail, l'assuré doit envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai déterminé et, sous les sanctions prévues par décret, une lettre d'avis d'interruption de travail dont le modèle est fixé par arrêté ministériel et qui doit comporter la signature du médecin.

Le directeur de la caisse primaire met en œuvre le dispositif de sanctions prévu à l'alinéa précédent.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 325-1. – I. – Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assure à ses bénéficiaires des prestations servies en complément de celles du régime général des salariés prévues aux 1°, 2°, 4° et 7° de l'article L. 321-1, pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré en application de l'article L. 322-2 à l'exception de celles mentionnées aux II et III de cet article. Il peut prendre en charge tout ou partie du forfait journalier institué à l'article L. 174-4. Ces prestations sont déterminées par le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local dans des conditions définies par décret.

II. – Le régime local est applicable aux catégories d'assurés sociaux du régime général des salariés mentionnés ci-après :

1° Salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, et

Texte du projet de loi

—

5° Le premier alinéa de l'article L. 321-2 est supprimé ;

Propositions de la Commission

—

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements ;

2° Maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privé sous contrat, agents non titulaires de l'État et de ses établissements publics administratifs, agents contractuels de La Poste et de France Télécom, agents non titulaires des collectivités territoriales et des établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui exercent leur activité dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle ;

3° Salariés du Port autonome de Strasbourg ;

4° Personnes visées aux articles L. 161-1, L. 161-8 et L. 161-9, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont été bénéficiaires du régime local en qualité d'assurés ou d'ayants droit du régime général et qui continuent à en bénéficier pendant la durée du maintien de droit au régime général ;

5° Titulaires de revenus de remplacement, indemnités et allocations de chômage mentionnés à l'article L. 311-5, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont bénéficié du régime local en qualité de salariés, soit ont rempli, en qualité de travailleurs frontaliers selon le 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, les conditions pour bénéficier du régime local d'assurance maladie au moment de leur inscription aux associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce ;

6° Titulaires d'allocations de préretraite en application d'accords d'entreprise et titulaires d'un revenu de remplacement au titre d'un congé de fin d'activité, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui bénéficiaient

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

du régime local en qualité de salariés au moment de leur mise en préretraite ou en fin d'activité ;

7° Titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de réversion mentionnés aux articles L. 341-1 et L. 342-1, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont, préalablement à leur mise en invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit, ainsi que les titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension de réversion mentionnés aux articles L. 371-1 et L. 371-2, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont, préalablement à la perception de cette rente ou pension d'invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit ;

8° Titulaires d'un avantage de vieillesse qui résident dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle et qui bénéficient du régime local d'assurance maladie au 1^{er} juillet 1998 ;

9° Titulaires d'un avantage de vieillesse, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont relevé du régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ;

10° Titulaires d'un avantage de vieillesse ne remplissant pas les conditions fixées à l'alinéa précédent, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont relevé du régime local d'assurance maladie pendant au moins soixante trimestres d'assurance au sens de la législation applicable au régime général d'assurance vieillesse et qui en demandent le bénéfice dans un délai et selon des modalités déterminés par décret, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

11° Titulaires d'un avantage de vieillesse au titre d'une législation française ou au titre d'une législation française et d'une législation d'un ou plusieurs autres États membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont bénéficié, en qualité de travailleur frontalier selon le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité, de prestations équivalentes à celles servies par le régime général et le régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation à un régime obligatoire d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en tenant compte des périodes d'assurance au titre des législations des autres États membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

Les dispositions des 9° et 10° sont applicables dans les mêmes conditions aux retraités anciens salariés du Port autonome de Strasbourg mentionnés au 3°.

Le régime local est également applicable aux ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3, des assurés sociaux énumérés ci-dessus.

III. – Le bénéfice du régime local d'assurance maladie est subordonné aux conditions spécifiques d'ouverture des droits déterminées au II du présent article.

Art. L. 332-1. – L'action de l'assuré et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations ; pour le paiement des

6° Le premier alinéa de l'article L. 332-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 » sont supprimés ;

b) Avant les mots : « de l'assurance maladie », sont insérés les mots : « en espèces » ;

« 5° bis Au dernier alinéa du II de l'article L. 325-1, les mots : « ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3, des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux » ; ».

Amendement AS272

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

prestations de l'assurance maternité, elle se prescrit par deux ans à partir de la date de la première constatation médicale de la grossesse.

L'action des ayants droit de l'assuré pour le paiement du capital prévu à l'article L. 361-1 se prescrit par deux ans à partir du jour du décès.

Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou fausse déclaration.

Art. L. 371-1. – Le titulaire d'une rente ou d'une allocation allouée en vertu d'une des dispositions des législations sur les accidents du travail et maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles qui ne peut justifier des conditions prévues par les articles L. 313-1 et L. 341-2 et le décret pris pour leur application a droit ou ouvre droit, à condition, toutefois, que la rente ou l'allocation corresponde à une incapacité de travail au moins égale à un taux minimum :

1° aux prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée, pour tout état de maladie ;

2° aux prestations en nature de l'assurance maternité.

Art. L. 613-4. – Sous réserve de l'article L. 613-2, 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 est ouvert dans l'un ou l'autre de ces régimes, selon des modalités définies par décret.

Art. L. 131-9. – Les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et

c) Avant les mots : « de l'assurance maternité », sont insérés les mots : « en espèces » ;

7° L'article L. 371-1 est ainsi modifié :

– au premier alinéa, les mots : « qui ne peut justifier des conditions prévues par les articles L. 313-1 et L. 341-2 et le décret pris pour leur application a droit ou ouvre droit, à condition, toutefois, que la rente ou l'allocation corresponde » sont remplacés par les mots : « qui correspond » et cet alinéa est complété par les mots : « a droit à la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité dans les conditions prévues à l'article L. 160-14. » ;

– les 1° et 2° sont abrogés ;

8° Le dernier alinéa de l'article L. 613-4 est supprimé.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

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

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

Art. L. 161-9. – Les personnes bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du titre III du livre V du code de la sécurité sociale, ou du congé parental d'éducation prévu à l'article L. 122-28-1 du code du travail, conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de leur régime d'origine aussi longtemps qu'ils

IX. – A. – Au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 du même code, les mots : « qui relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « qui bénéficient à titre obligatoire de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 » et les mots : « assurés d'un régime français d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 ».

B. – Le titre VI du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-9 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « Les personnes bénéficiaires » sont remplacés par les mots : « En cas de reprise du travail, les personnes bénéficiaires »,

les mots : « conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de leur régime d'origine aussi longtemps qu'ils bénéficient

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

bénéficient de cette prestation ou de ce congé. En cas de reprise du travail, les personnes susmentionnées retrouvent leurs droits aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, pendant une période fixée par décret.

En cas de non-reprise du travail à l'issue du congé parental d'éducation, en raison d'une maladie ou d'une nouvelle maternité, les personnes retrouvent leurs droits aux prestations en nature et en espèces du régime antérieur au congé parental d'éducation dont elles relevaient. Ces dispositions s'appliquent pendant la durée de l'arrêt de travail pour cause de maladie ou du congé légal de maternité postérieur au congé parental.

Lors de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité, les personnes susmentionnées retrouvent leurs droits aux prestations pendant une période fixée par décret.

Art. L. 161-9-3. – Les personnes bénéficiaires du congé prévu à l'article L. 3142-16 du code du travail, au 9° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, au 10° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, au 9° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et à l'article L. 4138-6 du code de la défense conservent leurs droits aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de leur régime d'origine aussi longtemps qu'elles bénéficient de ce congé.

Les personnes ayant bénéficié de ces dispositions conservent leurs droits aux prestations en nature et en espèces d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès auprès du régime obligatoire dont elles relevaient avant et pendant ce congé, dans les situations suivantes :

1° Lors de la reprise de leur travail à l'issue du congé ;

2° En cas de non-reprise du travail à l'issue du congé, en raison d'une maladie ou

de cette prestation ou de ce congé. En cas de reprise du travail, les personnes susmentionnées » sont supprimés et les mots : « en nature et » sont supprimés ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « en nature et » sont supprimés ;

2° Au premier et au deuxième alinéa de l'article L. 161-9-3, les mots : « en nature et » sont supprimés ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

d'une maternité ;

3° Lors de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité.

Les périodes pendant lesquelles les bénéficiaires conservent leurs droits sont fixées par décret et sont applicables, sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-8 du présent code.

Art. L. 172-1. – A. – Lorsque le versement des prestations en nature ou en espèces des assurances maladie et maternité est subordonné, par les dispositions du présent code ou celles du code rural et de la pêche maritime, à des conditions d'affiliation, d'immatriculation, de cotisation ou de durée du travail préalables, les organismes de sécurité sociale tiennent compte, pour la mise en œuvre de ces dispositions, de l'ensemble des périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations versées ou de travail effectuées, même lorsqu'elles relèvent d'un autre régime de sécurité sociale régi par le présent code ou le code rural et de la pêche maritime.

Les règles relatives à la charge et au service des prestations sont définies par décret en Conseil d'État.

Art. L. 213-1. – Des unions de recouvrement assurent :

1° Le recouvrement des cotisations d'assurances sociales, d'accidents du travail, d'allocations familiales dues par les employeurs au titre des travailleurs salariés ou assimilés, par les assurés volontaires et par les assurés personnels ;

2°

.....
Livre II
Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses
Titre IV
Ressources

Art. L. 241-10. – I. – La rémunération d'une aide à domicile est exonérée des cotisations patronales d'assurances sociales et

C. – Au premier alinéa de l'article L. 172-1 A du même code, les mots : « Lorsque le versement des prestations en nature ou en espèces des assurances maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « Lorsqu'en cas de maladie ou de maternité, le versement des prestations en espèces ».

D. – Au 1° de l'article L. 213-1 du même code, les mots : « d'assurances sociales, d'accidents du travail, d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale ».

E. – Le titre IV du livre deuxième du même code est ainsi modifié :

1° Aux I, II et III de l'article L. 241-10, au premier alinéa de l'article L. 241-11 et aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 241-12, les mots : « d'assurances sociales et

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

d'allocations familiales, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par :

a) Des personnes ayant atteint un âge déterminé et dans la limite, par foyer, et pour l'ensemble des rémunérations versées, d'un plafond de rémunération fixé par décret ;

b) Des personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé mentionné à l'article L. 541-1 ou à la prestation de compensation dans les conditions définies au 1° du III de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles.

c) Des personnes titulaires :

– soit de l'élément de la prestation de compensation mentionnée au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles ;

– soit d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, d'un régime spécial de sécurité sociale ou de l'article L. 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

– soit d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne servie au titre de la législation des accidents du travail ;

d) Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, sous réserve d'avoir dépassé un âge fixé par décret ;

e) Des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie prévue à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, dans des conditions définies par décret.

Sauf dans le cas mentionné au a, l'exonération est accordée sur la demande des intéressés par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations dans des conditions fixées par arrêté ministériel.

d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Le bénéfice de ces dispositions ne peut se cumuler pour une même aide à domicile avec le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant versé au titre de la garde à domicile.

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 patronale :

1° De la cotisation due au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, à hauteur de 0,75 € dans les cas autres que ceux mentionnés aux 2° et 3° ;

2° Des cotisations de sécurité sociale, à hauteur de 1,50 €, pour les salariés à domicile employés pour des activités de garde d'enfants dont l'âge dépasse l'âge limite mentionné au IV de l'article L. 531-5 et n'excède pas celui mentionné au premier alinéa de l'article L. 521-3, dans la limite d'un nombre d'heures fixé par décret et sous réserve, pour l'employeur, de se conformer aux modalités de déclaration fixées par le décret mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 531-8 ;

3° Des cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle, à hauteur de 3,70 €, dans les départements d'outre-mer ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Ces déductions ne sont cumulables avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations.

.....
V. – Les dispositions du présent article sont applicables aux périodes d'emploi postérieures au 31 décembre 1998 ; toutefois, la limite prévue au a du I est applicable aux périodes d'emploi postérieures au 31 mars 1999.

Art. L. 241-11. – La partie de la rémunération des personnes visées au 1 de l'article L. 322-4-16-3 du code du travail correspondant à une durée d'activité inférieure ou égale à une limite fixée par

2° Au 1° du I bis de l'article L. 241-10, les mots : « des assurances » sont remplacés par les mots : « de la branche » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

décret est exonérée des cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales à la charge de l'employeur.

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 241-12 sont applicables aux cotisations patronales d'assurances sociales, d'allocations familiales et d'accidents du travail sur les rémunérations versées par les employeurs visés au deuxième alinéa de l'article L. 322-4-16 du code du travail.

Le bénéfice de ces dispositions ne peut être cumulé avec celui de l'exonération prévue au dernier alinéa de l'article L. 241-10.

Art. L. 241-12. – Les cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales dues au titre des activités exercées dans un but de réinsertion socioprofessionnelle par les personnes en difficulté sont calculées sur une assiette forfaitaire fixée par arrêté lorsque les rémunérations qui leur sont versées sont inférieures ou égales au montant de cette assiette.

Il n'est pas dû de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales au titre des activités mentionnées au présent article et calculées sur l'assiette forfaitaire mentionnée au précédent alinéa ou sur la rémunération ou la partie de la rémunération inférieure ou égale, par heure d'activité rémunérée, au salaire minimum de croissance. Les présentes dispositions sont applicables aux périodes d'activité accomplies à compter du 1^{er} janvier 1999.

Les dispositions du présent article sont applicables aux personnes accueillies dans les structures suivantes :

– centres d'hébergement et de réadaptation sociale visés à l'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que les services ou établissements habilités qui organisent des activités professionnelles dans un but de réinsertion socioprofessionnelle en application des articles L. 121-2 et L. 222-5 du même code ;

– structures agréées au titre de l'article 185-2 du même code et des textes pris en application dudit article organisant des

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 241-11, les mots : « d'assurances sociales, d'allocations familiales et d'accidents du travail » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

activités professionnelles en vue de favoriser leur insertion sociale et les structures assimilées dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'action sociale ;

– organismes visés à l'article L. 265-1 du code de l'action sociale et des familles qui en font la demande.

Art. L. 242-1. – Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire.

4° Aux premier et troisième alinéas de l'article L. 242-1 et au troisième alinéa de l'article L. 242-3, les mots : « des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale » ;

.....

Art. L. 242-3. – Pour tout assuré qui travaille régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, la part des cotisations incombant à chacun des employeurs est déterminée au prorata des rémunérations qu'ils ont respectivement versées dans la limite des maxima fixés en application de l'article L. 241-3.

Par dérogation au précédent alinéa, la part de cotisations incombant à chaque employeur peut être déterminée comme si le salarié occupait un emploi à temps partiel dans chacun des établissements employeurs.

En ce qui concerne certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés définies par arrêté ministériel et qui travaillent régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, le montant des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales incombant à chacun des employeurs peut être déterminé

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

compte tenu des conditions d'exercice de la profession considérée d'après les rémunérations qu'ils ont respectivement versées soit dans la limite d'un forfait fixé par lesdits arrêtés, soit en appliquant au taux des cotisations prévues aux articles L. 241-7 à L. 241-9, L. 242-5, L. 242-7, L. 243-1 et L. 243-2 un abattement forfaitaire fixé par lesdits arrêtés.

Art. L. 242-4-3. – La rémunération due en contrepartie des droits constitués par un salarié sur son compte épargne-temps, à l'exception de ceux qui correspondent à un abondement en temps ou en argent de l'employeur, est exonérée des cotisations salariales de sécurité sociale et des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales dès lors qu'elle est utilisée à l'initiative de ce salarié pour alimenter un plan d'épargne pour la retraite collectif prévu aux articles L. 3334-1 à L. 3334-9 et L. 3334-11 à L. 3334-16 du code du travail ou pour contribuer au financement de prestations de retraite qui revêtent un caractère collectif et obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1 du présent code.

Art. L. 252-1. – Pour assurer le service des prestations de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, la caisse nationale de l'assurance maladie attribue aux caisses primaires des dotations annuelles, d'une part, pour les soins de santé, d'autre part, pour les incapacités de travail et le décès, établies en fonction des charges qu'elles ont à couvrir, dans des conditions définies par arrêté interministériel après avis du conseil de la caisse nationale.

La caisse nationale attribue, dans les mêmes conditions, aux caisses primaires les dotations annuelles nécessaires au service de l'assurance « accidents du travail et maladies professionnelles ».

Livre III
Dispositions relatives aux assurances sociales
et à diverses catégories de personnes
rattachées au régime général
Titre VII
Dispositions diverses

Art. L. 371-3. – L'assuré victime d'un

5° À l'article L. 242-4-3, les mots : « à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale à la charge de l'employeur ».

F. – Au premier alinéa de l'article L. 252-1 du livre II du même code, les mots : « l'assurance » sont remplacés par les mots : « la branche ».

G. – Le titre VII du livre III du même code est ainsi modifié :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

accident du travail, tout en bénéficiant des dispositions de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, conserve pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident, ainsi qu'en cas de grossesse, ses droits aux prestations des titres II et III pour lui et les membres de sa famille, au sens de l'article L. 313-3, pourvu qu'il remplisse, lors de l'accident, les conditions fixées à l'article L. 313-1.

Toutefois, l'assuré ne peut cumuler l'indemnité journalière due en vertu de la législation sur les accidents du travail et l'indemnité journalière prévue par les articles L. 323-4 et L. 331-3. À partir de la guérison ou de la consolidation de la blessure résultant de l'accident du travail, il reçoit l'indemnité journalière prévue par lesdits articles, sans déduction d'un délai de carence, si à cette date la durée de la maladie est déjà égale à ce délai.

Art. L. 371-6. – Les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaires continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre des articles L. 115 à L. 118 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, suivant les prescriptions desdits articles.

Pour les maladies, blessures ou infirmités non visées par la législation sur les pensions militaires, ils jouissent, ainsi que les membres de leur famille, au sens de l'article L. 313-3 des prestations en nature de l'assurance maladie et bénéficient des indemnités journalières prévues au 4° de l'article L. 321-1 et au chapitre 3 du titre II du présent livre. Mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides.

Dans le cas mentionné au premier alinéa, les indemnités journalières prévues à l'article L. 323-4 leur sont servies pendant des périodes déterminées, séparées par une interruption d'une durée minimale, sous réserve qu'ils remplissent les conditions d'attribution lors de chaque interruption de travail.

1° Au premier alinéa de l'article L. 371-3, les mots : « pour lui et les membres de sa famille, au sens de l'article L. 313-3 » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 371-6 est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, les mots : « jouissent, ainsi que les membres de leur famille, au sens de l'article L. 313-3 des prestations en nature de l'assurance maladie et bénéficient » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 et » et les mots : « au 4° de » sont remplacés par le mot : « à » ;

b) Dans la deuxième phrase, les mots : « Mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, » sont remplacés par les mots : « Ils sont dispensés ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Si la caisse conteste l'origine des maladies, blessures ou infirmités, il appartient aux assurés de faire la preuve que celles-ci ne relèvent pas de la législation sur les pensions militaires.

Les dispositions du présent article et du titre II du présent livre ne sont pas applicables aux titulaires de pensions militaires qui bénéficient de l'indemnité de soins et auxquels tout travail est interdit.

Livre III

Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre VIII

Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général – Dispositions d'application du livre III

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

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

Sont affiliées en application du premier alinéa du présent article les personnes détenues mentionnées au deuxième alinéa lorsqu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres ou qu'elles ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des régimes d'assurance maladie et maternité du régime dont elles relèvent au titre de leur activité.

Les dispositions de l'article L. 115-6 ne sont pas applicables aux détenus.

Une participation peut être demandée,

H. – Le titre VIII du livre III du même code est ainsi modifié :

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

a) Au premier alinéa, les mots : « sont affiliées obligatoirement aux assurances maladie et maternité du » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge des frais de santé effectuée par le » ;

b) Au deuxième alinéa, le mot : « Lorsque » est remplacé par les mots : « Par dérogation à l'alinéa précédent, lorsque » et les mots : « elles sont affiliées au » sont remplacés par les mots : « la prise en charge des frais de santé est effectuée par le » ;

c) Le troisième alinéa est supprimé ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

lorsqu'ils disposent de ressources suffisantes, aux détenus assurés en vertu du premier alinéa ou à leurs ayants droit.

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

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.

Ils sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par les assurances maladie et maternité du régime général, et pour la participation mentionnée au I de l'article L. 322-2 ainsi que pour le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 qui sont pris 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 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. 381-30-2. – L'État est redevable d'une cotisation pour chaque détenu affilié en application de l'article L. 381-30. Cette cotisation est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire et d'un taux déterminés par décret en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé

2° L'article L. 381-30-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Au deuxième alinéa, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Les détenus » et les mots : « par les assurances maladie et maternité du » sont remplacés par le mot « par le » ;

c) Au quatrième alinéa, les mots : « Par dérogation au premier alinéa, les » sont remplacés par le mot : « Les » et les mots : « des prestations en nature des assurances » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de » ;

d) Au dernier alinéa, les mots : « les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 161-25-1 » ;

3° À l'article L. 381-30-2, les mots : « affilié en application » sont remplacés par les mots : « , à l'exception de ceux mentionnés au deuxième alinéa » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

de la population carcérale.

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 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 à la participation de l'assuré mentionnée au I de 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.

Art. L. 382-3. – Les revenus tirés de leur activité d'auteur à titre principal ou à titre accessoire par les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 sont assujettis aux cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales dans les mêmes conditions que des salaires, sous réserve des adaptations prévues dans la présente section.

4° L'article L. 381-30-5 est ainsi modifié :

a) Au I, les mots : « affiliées en application du premier alinéa » sont remplacés par les mots : « , à l'exception de celles mentionnées au deuxième alinéa de » ;

b) Au premier alinéa du II, les mots : « affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 380-30-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnées au I » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 382-3, les mots : « d'assurances sociales et d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Les cotisations dues au titre des assurances sociales pour les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 sont calculées selon les taux de droit commun.

Les revenus servant de base au calcul des cotisations dues au titre du présent régime sont constitués du montant brut des droits d'auteur lorsque ces derniers sont assimilés fiscalement à des traitements et salaires par le 1^{er} quater de l'article 93 du code général des impôts. Ils sont constitués du montant des revenus imposables au titre des bénéfices non commerciaux majorés de 15 % lorsque cette assimilation n'est pas applicable.

Art. L. 382-14-1. – Les revenus versés en application de l'article L. 132-42 du code de la propriété intellectuelle sont assujettis aux cotisations dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales dans les conditions prévues au présent chapitre.

Art. L. 382-21. – Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-15 ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.

Les membres des congrégations et des collectivités religieuses peuvent, sur leur demande, être admis à bénéficier d'un régime particulier comportant des cotisations et des prestations réduites.

Ces prestations sont limitées à la couverture des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure publics et privés.

L'option pour le régime particulier est valable pour une durée déterminée ; elle est renouvelable.

Un décret détermine les modalités d'application des trois derniers alinéas ci-dessus.

accidents du travail et maladies professionnelles » ;

6° À l'article L. 382-14-1, les mots : « dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacées par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles, » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 382-21, les mots : « ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge des frais de santé dans les conditions prévues au livre I^{er} ».

Texte en vigueur

—

Livre IV
Accidents du travail et maladies
professionnelles (Dispositions propres et
dispositions communes avec d'autres
branches)

Art. L. 432-1. – Les caisses versent directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements, le montant des prestations fixées aux 1° et 3° de l'article L. 431-1. Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par la caisse à la victime dans les conditions prévues par le 2° de l'article L. 321-1.

Les dispositions du II et du III de l'article L. 322-2 sont applicables aux bénéficiaires du présent livre.

Art. L. 453-1. – Ne donne lieu à aucune prestation ou indemnité, en vertu du présent livre, l'accident résultant de la faute intentionnelle de la victime. Celle-ci peut éventuellement prétendre aux prestations dans les conditions prévues au livre III sous réserve des dispositions de l'article L. 375-1.

Lors de la fixation de la rente, le conseil d'administration de la caisse ou le comité ayant reçu délégation à cet effet peut, s'il estime que l'accident est dû à une faute inexcusable de la victime, diminuer la rente prévue au titre III du présent livre, sauf recours du bénéficiaire devant la juridiction compétente.

Lorsque l'accident a été causé intentionnellement par un des ayants droit de la victime mentionnés aux articles L. 434-7 et suivants, celui-ci est déchu de tous ses droits au regard du présent livre. Ces droits sont transférés sur la tête des enfants et descendants mentionnés à l'article L. 434-10, ou, à défaut, sur la tête des autres ayants droit.

Art. L. 512-1. – Toute personne française ou étrangère résidant en France, ayant à sa charge un ou plusieurs enfants résidant en France, bénéficie pour ces enfants des prestations familiales dans les conditions prévues par le présent livre sous réserve que

Texte du projet de loi

—

I. – Le livre IV du même code est ainsi modifié :

1° À l'article L. 432-1, les mots : « l'article L. 321-1 » et « l'article L. 322-2 » sont remplacés respectivement par les mots : « l'article L. 160-8 » et « l'article L. 160-13 » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 453-1 du titre V du livre IV du même code, les mots : « aux prestations dans les conditions prévues au livre III » sont remplacés par les mots : « à la prise en charge des frais de santé prévue au titre VI du livre I^{er} ».

J. – Au premier alinéa de l'article L. 512-1 du livre V du même code, après les mots : « en France », sont insérés les mots : « au sens de l'article L. 111-2-3 ».

Propositions de la Commission

—

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

ce ou ces derniers ne soient pas bénéficiaires, à titre personnel, d'une ou plusieurs prestations familiales, de l'allocation de logement sociale ou de l'aide personnalisée au logement.

Le précédent alinéa ne s'applique pas aux travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire ainsi qu'aux personnes à leur charge, sous réserve de stipulation particulière de cette convention.

Livre VI
Régimes des travailleurs non-salariés

Art. L. 611-12. – I. – Les caisses de base sont administrées par un conseil d'administration composé de membres élus pour six ans au suffrage universel direct par les assurés bénéficiaires des prestations maladie et par les cotisants et retraités de l'assurance vieillesse des artisans et des industriels et commerçants, choisis au sein de ces catégories.

Le conseil d'administration ainsi composé doit comprendre en nombre égal des représentants du groupe professionnel des artisans et de celui des industriels et commerçants.

Dans les caisses de base propres au groupe professionnel des professions libérales, le conseil d'administration est composé de représentants élus pour six ans par les assurés du groupe des professions libérales bénéficiaires de l'assurance maladie.

Toute personne ne bénéficie que d'une voix même si elle appartient à plusieurs des catégories précédemment mentionnées.

Dans les conseils d'administration de toutes les caisses, le nombre des administrateurs retraités est, pour chaque groupe professionnel, au plus égal au tiers des administrateurs élus.

Un décret en Conseil d'État prévoit les modalités selon lesquelles les caisses mentionnées aux premier et troisième alinéas

K. – Le livre VI du même code est ainsi modifié :

1° À l'article L. 611-12, les mots : « par les assurés bénéficiaires des prestations maladie et » sont supprimés et les mots : « les cotisants et » sont remplacés par les mots : « les cotisants au titre de leur activité professionnelle et les » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

peuvent, dans les départements d'outre-mer, être réunies en une seule caisse.

II. – Le conseil d'administration peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à chaque groupe de professions.

III. – Une même personne ne peut être membre du conseil d'administration de plusieurs caisses de base du régime social des indépendants.

Art. L. 611-20. – La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.

La Caisse nationale peut confier le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le service des prestations maladie, maternité prévues par le présent titre aux bénéficiaires d'allocations ou de pensions de retraite dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 131-1, à des organismes régis, ou bien par le code de la mutualité, ou bien par le présent code, ou bien par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.

Titre I^{er}

Généralités - Dispositions propres à certains bénéficiaires

Chapitre III

Dispositions applicables aux personnes indemnisées en application de textes particuliers – Régimes distincts

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

1°) les travailleurs indépendants relevant des groupes de professions mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et ceux qui relèvent de la caisse nationale des barreaux français, mentionnée à l'article L. 723-1, soit :

a. le groupe des professions artisanales ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 611-20 est supprimé.

3° L'intitulé du chapitre III du titre I^{er} devient « Champ d'application et protection maladie » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

b. le groupe des professions industrielles et commerciales, y compris les débitants de tabacs ;

c. le groupe des professions libérales, y compris les avocats ;

2°) les personnes ayant exercé les professions mentionnées au 1° ci-dessus et qui bénéficient d'une allocation ou d'une pension de vieillesse ou d'une pension d'invalidité, en application de l'article L. 621-1 ou en application du chapitre 3 du titre II du livre VII ;

3°) les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de réversion servie par un régime non agricole en application de l'article L. 643-7, les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de veuve en application des articles L. 644-1 et L. 644-2 ainsi que les personnes titulaires d'une allocation ou d'une pension de réversion servie par la caisse nationale des barreaux français, mentionnée à l'article L. 723-1, et les anciens débitants de tabacs bénéficiaires de l'allocation viagère prévue par l'article 59 de la loi de finances n° 63-156 du 23 février 1963 ;

4°) sous réserve des dispositions de l'article L. 311-2 et du 11° de l'article L. 311-3, le conjoint associé qui participe à l'activité de l'entreprise artisanale ou commerciale ;

5°) l'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée sauf si l'activité qu'il exerce est de nature agricole au sens de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime ;

6° Les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles ;

7° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur à un montant fixé par décret ;

8° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux

4° Les 2° et 3° de l'article L. 613-1 sont abrogés ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés à titre professionnel au sens du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, à l'exclusion de celles relevant de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime.

Art. L. 613-7. – Les personnes bénéficiaires d'un avantage de retraite ou d'une pension d'invalidité, exerçant une activité professionnelle, sont affiliées et cotisent simultanément au régime d'assurance maladie dont relève leur avantage ou leur pension et à celui dont relève leur activité.

Le droit aux prestations en nature est ouvert dans l'un ou l'autre de ces régimes, selon des modalités définies par décret.

Art. L. 613-14. – Les prestations de base servies aux ressortissants du régime institué par le présent livre en cas de maladie ou d'accident sont celles prévues aux 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 7°, 8° et 9° de l'article L. 321-1 et, en cas de maternité, celles prévues à l'article L. 331-2.

À cet effet, il est fait application des dispositions prévues aux articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 332-1 à L. 332-3.

Les assurés malades ou blessés de guerre, relevant du présent livre, qui bénéficient, au titre de la législation des pensions militaires, d'une pension d'invalidité sont dispensés pour eux personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres pour les maladies, blessures ou infirmités non mentionnées par la législation sur les pensions militaires.

Livre VII

Régimes divers – Dispositions diverses

Art. L. 713-1-1. – Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les personnes relevant de la caisse prévue à l'article L. 713-19 bénéficient des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général de sécurité sociale et restent affiliées au régime des militaires.

5° Au deuxième alinéa de l'article L. 613-7, les mots : « Le droit aux prestations en nature est ouvert dans » sont remplacés par les mots : « La prise en charge des frais de santé est assurée par » ;

6° Les premier et deuxième alinéas de l'article L. 613-14 sont remplacés par l'alinéa suivant :

« La prise en charge des frais de santé des ressortissants du régime institué par le présent livre est assurée, en cas de maladie, de maternité et d'accident, dans les conditions définies aux articles L. 160-7 à L. 160-15 et L. 332-2. »

L. – Le livre VII du même code est ainsi modifié :

1° À l'article L. 713-1-1, les mots : « des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 713-9. – En cas de guerre, le bénéfice des prestations prévues par le présent chapitre continue à être accordé aux familles et aux retraités mais cesse d'être accordé au militaire lui-même ou au retraité rappelé à l'activité.

Art. L. 713-10. – Les dispositions du présent chapitre s'appliquent également aux familles des militaires servant hors du territoire métropolitain à condition qu'elles résident dans la métropole.

Des décrets fixent les mesures d'extension ou d'adaptation du présent chapitre aux assujettis mentionnés au 1° de l'article L. 713-1 qui résident hors du territoire métropolitain.

Art. L. 713-16. – Les prestations en nature dispensées par l'organisation de la sécurité sociale en contrepartie des services rendus par les services de santé militaires donneront lieu à annulation de dépenses au titre des chapitres budgétaires intéressés selon des modalités fixées par arrêté interministériel.

Livre VIII

Allocations aux personnes âgées – Allocation aux adultes handicapés – Allocation de logement sociale – Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants – Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage – Protection complémentaire en matière de santé

Art. L. 861-1. – Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Cette révision prend effet chaque année au 1er juillet. Elle tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le

santé dans les conditions mentionnées au livre I^{er} » ;

2° À l'article L. 713-9, les mots : « aux familles » sont remplacés par les mots : « aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2 » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 713-10, les mots : « aux familles » sont remplacés par les mots : « aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2 » et les mots : « qu'elles » sont remplacés par les mots : « qu'ils » ;

4° À l'article L. 713-16, les mots : « en nature » sont supprimés.

M. – Le livre VIII du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 861-1, les mots : « résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1 » sont remplacés par les mots : « bénéficiant de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.

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

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

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

Art. L. 861-2. – L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'État fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée. Les aides personnelles au logement sont prises en compte à concurrence d'un forfait, identique pour les premières demandes et les demandes de renouvellement. Ce forfait, fixé par décret en Conseil d'État, est déterminé en

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

pourcentage du montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles.

Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active dont les ressources, appréciées selon les dispositions prises en application de l'article L. 262-3 du code de l'action sociale et des familles, n'excèdent pas le montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du même code.

Les bénéficiaires des dispositions du présent titre qui sont affiliés sur critère de résidence au régime général sont exonérés de la cotisation prévue à l'article L. 380-2.

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 dispense 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 dento-faciale 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.

2° Le dernier alinéa de l'article L. 861-2 est supprimé ;

3° Au 1° de l'article L. 861-3, les mots : « l'article L. 322-2 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 160-13 » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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.

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.

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.

Art. L. 861-5. – La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'État.

Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'État dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu et dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles.

La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée.

Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées.

Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.

Art. L. 871-1. – Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du 13° de l'article 995 et du 2° bis de l'article

4° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, les mots : « aux articles L. 380-1 et L. 861-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 861-1 » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

1001 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du présent code et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'État après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.

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

Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le

5° À l'article L. 871-1, les mots : « l'article L. 322-2 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 160-13 ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins instauré par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.

Art. L. 161-5. – Le titulaire, soit d'une pension ou rente de vieillesse, soit d'une pension de réversion qui n'exerce aucune activité professionnelle a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maternité, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 351-9.

Art. L. 161-7. – Les rapatriés, anciens salariés, ayant dépassé un âge fixé par décret en Conseil d'État, qui ne se livrent à aucune activité professionnelle, ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9.

Les prestations sont servies par les caisses des régimes auxquels les intéressés auraient été rattachés si leur dernière activité professionnelle avant leur retour avait été exercée en France.

Art. L. 161-10. – La personne qui accomplit le service national a droit, pour les membres de sa famille, au bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire d'assurances maladie et maternité dont elle relevait au moment de son départ ou, à défaut, du régime général de sécurité sociale.

Art. L. 161-11. – Par dérogation au

N. – Les articles L. 161-5, L. 161-7, L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13, L. 161-14, L. 161-14-1, L. 161-25-2, L. 161-25-3, L. 211-3, L. 211-4, L. 211-5, L. 211-6, L. 211-7, L. 311-5-1, L. 311-9, L. 311-10, L. 313-3, L. 313-4, L. 313-5, L. 371-2, L. 381-3, L. 381-7, L. 381-9, L. 381-10, L. 381-11, L. 381-19, L. 381-20, L. 381-21, L. 381-22, L. 381-26, L. 381-27, L. 381-28, L. 611-21, L. 611-22, L. 613-3, L. 613-10, L. 712-6, L. 712-7 et L. 712-8 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

premier alinéa de l'article L. 161-8 et à toutes dispositions contraires, la personne libérée du service national, si elle ne bénéficie pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, bénéficie pour elle-même et ses ayants droit des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime obligatoire, dont elle relevait au moment de son départ ou, à défaut, du régime général, pendant une période dont la durée, à compter de la date de la libération, est fixée par décret en Conseil d'État.

Art. L. 161-13. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-8 et à toutes dispositions contraires, les détenus libérés, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, bénéficient pour eux-mêmes et leurs ayants droit des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime obligatoire dont ils relevaient avant leur détention, ou, à défaut, du régime général, pendant une période dont la durée, à compter de la date de la libération, est fixée par décret en Conseil d'État.

Art. L.161-14. – La personne qui vit maritalement avec un assuré social, et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente, a, à condition d'en apporter la preuve, la qualité d'ayant droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité. Il en est de même de la personne liée à un assuré social par un pacte civil de solidarité lorsqu'elle ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre.

La personne non visée par le premier alinéa du présent article et par les articles L. 313-3 et L. 381-4, qui vit depuis une durée fixée par décret en Conseil d'État avec un assuré social, et se trouve à sa charge effective, totale et permanente, a, à condition d'en apporter la preuve dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, la qualité d'ayant droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité.

L'alinéa précédent ne peut s'appliquer qu'à une seule personne remplissant ces conditions par assuré social.

Art. L. 161-14-1. – L'enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

seize ans peut demander, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, à être identifié de façon autonome au sein du régime dudit assuré social et à bénéficier à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de ce régime. Toutefois, cette identification et ce remboursement à titre personnel sont obligatoires pour l'enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de seize ans poursuivant des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 313-3 et à l'article L. 161-14 sont identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré et perçoivent à titre personnel les prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, à la diligence et sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré. Ces personnes ou établissements perçoivent pour le compte de l'assuré les prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Art. L. 161-25-2. – Les ayants droit de nationalité étrangère majeurs d'un assuré bénéficient des prestations d'assurances maladie, maternité et décès s'ils sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.

Un décret fixe la liste des titres et documents attestant la régularité de leur résidence en France.

Art. L.161-25-3. – La personne de nationalité étrangère titulaire d'une carte de séjour " retraité ", qui bénéficie d'une ou de plusieurs pensions rémunérant une durée d'assurance égale ou supérieure à quinze ans, appréciée selon des conditions fixées par décret, a droit aux prestations en nature de l'assurance maladie du régime de retraite dont elle relevait au moment de son départ de France, pour elle-même et son conjoint, lors de leurs séjours temporaires sur le territoire métropolitain et dans les départements

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

d'outre-mer, si leur état de santé vient à nécessiter des soins immédiats.

Sous réserve des engagements internationaux souscrits par la France, une cotisation d'assurance maladie est prélevée, dans les conditions visées à l'article L. 131-9, sur l'ensemble des pensions des personnes de nationalité étrangère, dès lors que la condition d'assurance mentionnée à l'alinéa précédent est remplie.

Art. L. 211-3. – Les caisses primaires d'assurance maladie effectuent le service des prestations, soit directement à leurs guichets, soit par l'entremise des sections locales, de correspondants locaux ou d'entreprises et d'agents locaux.

Il peut être fait appel aux mutuelles et unions de mutuelles pour l'accomplissement des différentes missions qui incombent aux sections locales, aux correspondants locaux ou d'entreprises et aux agents locaux.

Art. L. 211-4. – Tout groupement mutualiste comptant au moins cent assurés *nombre minimum* est habilité de plein droit, sur sa demande, à jouer au moins le rôle de correspondant pour ses membres.

Tout groupement mutualiste dont l'effectif et l'organisation permettent de remplir des missions plus étendues et, le cas échéant, le rôle de section locale à circonscription territoriale peut être habilité par la caisse primaire concernée, à cet effet, pour ses membres.

Toutes difficultés soulevées par l'application des conditions ci-dessus fixées seront appréciées par une commission nationale paritaire composée des délégués des organisations représentatives de la mutualité et de la sécurité sociale *recours*. En cas de désaccord, la commission désignera un tiers arbitre.

Art. L. 211-5. – Chaque section est administrée par un comité de gestion dont les membres sont désignés dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État.

Art. L. 211-6. – La caisse primaire d'assurance maladie est tenue de verser à chacune de ses sections, outre le montant des prestations servies par celles-ci, une fraction

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

des cotisations perçues en vue de couvrir les frais de gestion propres à la section et de tenir compte tant des services rendus aux assurés que de la qualité de la gestion de la section.

Art. L. 211-7. – Les sections des caisses primaires d'assurance maladie sont soumises aux mêmes prescriptions que les caisses primaires dans la limite des pouvoirs et de la compétence qui leur sont attribués.

Art. L. 311-5-1. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 313-1, les personnes handicapées, ayant fait l'objet d'une décision d'orientation de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, qui n'ont pas droit, à quelque titre que ce soit, aux prestations en nature de l'assurance maladie, ont droit et ouvrent droit, dès leur entrée en centre de préorientation ou de rééducation professionnelle, aux prestations en nature de l'assurance maladie prévues aux 1°, 2°, 3°, 4° de l'article L. 321-1 et de l'assurance maternité prévues à l'article L. 331-2.

Art. L. 311-9. – Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse qui n'effectuent aucun travail salarié ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 sans limitation de durée pour tout état de maladie, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 351-9 ; toutefois, en cas d'hospitalisation d'eux-mêmes, de leur conjoint ou de leurs ascendants mentionnés à l'article L. 313-3, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'État.

Au décès du pensionné ou du rentier, ces avantages sont maintenus à son conjoint si celui-ci remplit, par ailleurs, les conditions prévues à l'article L. 353-1.

Art. L. 311-10. – Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité bénéficient, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée pour tout état de maladie. Toutefois, en ce qui concerne leur conjoint ou leurs ascendants mentionnés à l'article L. 313-3, la prise en charge des frais d'hospitalisation intervient dans les conditions prévues à

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'article L. 311-9.

Art. L. 313-3. – Par membre de la famille, on entend :

1°) le conjoint de l'assuré.

Toutefois, le conjoint de l'assuré obligatoire ne peut prétendre aux prestations prévues aux articles L. 321-1 et L. 322-6 lorsqu'il bénéficie d'un régime obligatoire de sécurité sociale, lorsqu'il exerce, pour le compte de l'assuré ou d'un tiers personnellement, une activité professionnelle ne motivant pas son affiliation à un tel régime pour le risque maladie, lorsqu'il est inscrit au registre des métiers ou du commerce ou lorsqu'il exerce une profession libérale ;

2°) jusqu'à un âge limite, les enfants non salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, qu'ils soient pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis ;

3°) jusqu'à des âges limites et dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'État :

a) les enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le code du travail ;

b) les enfants qui poursuivent leurs études ;

c) les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié ;

4°) l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3^{ème} degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'État.

Art. L. 313-4. – L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité a droit et ouvre droit :

1°) aux prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

pour tout état de maladie ;

2°) aux prestations en nature de l'assurance maternité.

Art. L. 313-5. – Les titulaires des pensions d'invalidité mentionnés à l'article L. 342-1, ont et ouvrent droit aux prestations prévues à l'article L. 313-4.

Les titulaires de pensions de vieillesse de veuf ou de veuve ont et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 311-9 et L. 311-10.

Art. L. 371-2. – Le bénéficiaire d'une rente ou d'une allocation de survivant d'une victime d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle allouée en vertu d'une des législations sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, applicables aux professions non agricoles, qui n'effectue aucun travail salarié et n'exerce aucune activité rémunératrice a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée pour tout état de maladie, dans la mesure où il ne bénéficie pas déjà de ces prestations en vertu d'autres dispositions.

Art. L. 381-3. – Les dispositions du présent livre relatives à la couverture des risques de maladie et des charges de maternité sont étendues aux étudiants, dans les conditions fixées à la présente section.

Art. L. 381-7. – Les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381-4, leurs conjoints ou enfants à charge, au sens de l'article L. 313-3, ont droit aux prestations en nature :

1°) de l'assurance maladie ;

2°) de l'assurance maternité.

Art. L.381-9. – Pour le service des prestations énumérées à l'article L. 381-7, il est fait appel à des sections ou correspondants locaux dont le rôle est assumé par des mutuelles ou sections de mutuelles d'étudiants régies par le code de la mutualité, dans les conditions définies par décret en Conseil d'État.

Les sections ou correspondants locaux

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

visés au premier alinéa sont également compétents pour le service des prestations aux personnes mentionnées à l'article L. 161-14-1 qui sont élèves ou étudiants dans les établissements, écoles ou classes énumérés à l'article L. 381-4, à l'exclusion des enfants ayants droit des ressortissants du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles et des régimes spéciaux de sécurité sociale autres que ceux dont relèvent les fonctionnaires civils de l'État, les magistrats, les ouvriers de l'État et les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers.

La création d'une section locale universitaire est obligatoire dans les établissements ou villes universitaires remplissant les conditions d'effectifs fixées par décret en Conseil d'État.

Les organismes de sécurité sociale concourant au financement du régime étudiant sont représentés dans les conseils d'administration des sections locales suivant les modalités déterminées au décret en Conseil d'État.

Les sections universitaires peuvent se grouper en unions ou fédérations.

Art. L. 381-10. – Les conseils d'administration des sections universitaires, de leurs unions ou fédérations désignent parmi leurs membres des représentants auprès des caisses de sécurité sociale, chargés de contrôler la comptabilité spéciale tenue pour les bénéficiaires mentionnés à la présente section et la stricte application, à leurs besoins, des fonds mentionnés à l'article L. 381-8.

Art. L. 381-11. – Les commissaires mentionnés à l'article L. 381-10 assistent à toutes les délibérations et sont consultés sur toute décision des administrateurs des organismes du régime général concernant la sécurité sociale des étudiants. Ils peuvent émettre toute suggestion ou vœu utile à son bon fonctionnement, notamment en matière de prévention et d'action sanitaire et sociale.

Art. L. 381-19. – Les dispositions relatives aux prestations des assurances sociales s'appliquent aux bénéficiaires du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre dans les conditions et sous les réserves fixées à la présente

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

section.

Art. L. 381-20. – Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales :

1°) les bénéficiaires des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, titulaires d'une pension d'invalidité correspondant à un taux minimum d'incapacité, qui ne sont pas assurés sociaux ;

2°) les veuves non remariées, bénéficiaires des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, qui ne sont pas assurées sociales ;

3°) les orphelins de guerre mineurs titulaires d'une pension en vertu des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, lorsqu'ils ne sont pas assurés sociaux ou que la personne qui les a recueillis n'est pas elle-même assurée sociale ;

4°) les orphelins de guerre majeurs titulaires d'une pension en vertu des dispositions de l'article L. 57 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. Dans ce dernier cas, ils doivent être reconnus incapables de travailler par la commission prévue à l'article L. 143-2 ;

5°) les aveugles de la Résistance, bénéficiaires de l'article L. 189 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

6°) les victimes civiles de la guerre visées au 6° de l'article L. 136 bis du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

7°) les ascendants pensionnés au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, ayant atteint un âge déterminé et ne relevant pas déjà d'un régime obligatoire d'assurance maladie.

Art. L. 381-21. – Les bénéficiaires énumérés à l'article précédent sont affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie.

Art. L. 381-22. – Les personnes mentionnées à l'article L. 381-20, et, le cas

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

échéant, leurs conjoints et leurs enfants à charge au sens de l'article L. 313-3 ont droit aux prestations en nature :

1°) de l'assurance maladie ;

2°) de l'assurance maternité.

Toutefois, ces prestations ne sont accordées aux personnes mentionnées au 1°) de l'article L. 381-20 que pour les maladies, blessures ou infirmités autres que celles ayant donné lieu à l'attribution de la pension militaire ; elles sont dispensées pour elles personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques ou autres mis à la charge des assurés malades.

Art. L. 381-26. – Les titulaires des allocations ou secours mentionnés aux chapitres 1er et 3 du titre I du livre VIII qui n'effectuent aucun travail salarié ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9.

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

Art. L. 381-27. – Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés qui ne sont pas assujettis, à un autre titre, à un autre régime obligatoire d'assurance maladie ont droit, dans les conditions fixées par les titres II et III du présent livre, aux prestations des assurances maladie et maternité telles qu'elles sont prévues par les 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 et par l'article L. 331-2.

Par dérogation au précédent alinéa, les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés peuvent bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime de protection sociale des personnes salariées ou non salariées agricoles lorsque l'un de leurs parents y est affilié.

Art. L. 381-28. – Les bénéficiaires mentionnés à l'article L. 381-27 sont affiliés à une caisse primaire d'assurance maladie.

Par dérogation au précédent alinéa, les personnes visées au deuxième alinéa de l'article L. 381-27 peuvent rester affiliées au régime de protection sociale des personnes salariées ou non salariées agricoles auquel

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'un de leurs parents est affilié.

Art. L. 611-21. – Les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 concluent une convention avec la Caisse nationale du régime social des indépendants dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'État, lequel détermine également les modalités selon lesquelles les assurés expriment leur choix entre ces organismes et, à défaut, sont affiliés d'office à l'un d'eux.

La responsabilité financière de ces organismes peut être engagée, dans des conditions fixées par décret, à l'occasion des opérations qui leur sont confiées par la Caisse nationale en application du même article.

Afin de mettre en œuvre la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 611-7, une convention nationale d'objectifs et de moyens est conclue, pour la même durée, entre la Caisse nationale et les organes nationaux représentant les organismes mentionnés à l'article L. 611-20.

La mise en œuvre de la convention nationale d'objectifs et de moyens fait l'objet de contrats locaux d'objectifs et de moyens conclus entre les organes nationaux mentionnés à l'alinéa précédent et les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 qui leur sont affiliés.

Art. L. 611-22. – En l'absence de conclusion de la convention nationale mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 611-21, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe, dans des conditions prévues par décret, les objectifs et les moyens applicables aux organismes mentionnés à l'article L. 611-20 pour l'exercice des opérations qui leur sont confiées en application du premier alinéa de cet article.

Art. L. 613-3. – Les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 613-1 ci-dessus qui, au 31 décembre 1968, ou au 10 juillet 1970 en ce qui concerne les débiteurs de tabac, bénéficiaient, en qualité de membre de la famille d'un assuré d'un régime de salariés, des prestations en nature dudit régime ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et continuent à bénéficier

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

desdites prestations aussi longtemps qu'ils remplissent les conditions requises pour l'octroi de celles-ci.

Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 613-1 ci-dessus bénéficiant, au 31 décembre 1968 ou au 10 juillet 1970 en ce qui concerne les anciens débitants de tabacs, en qualité de la famille d'un assuré, des prestations en nature d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie continuent à relever de ce régime aussi longtemps qu'ils remplissent les conditions exigées pour bénéficier des prestations de celui-ci.

Art. L. 613-10. – Peuvent bénéficier des prestations prévues à l'article L. 613-9 ci-dessus :

1°) l'assuré ;

2°) le conjoint de l'assuré, sous réserve qu'il ne soit pas couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ;

3°) les autres membres de la famille de l'assuré, tels que définis aux 2°, 3° et 4° de l'article L. 313-3 ;

4°) la personne vivant maritalement avec un assuré et qui remplit les conditions mentionnées à l'article L. 161-14.

Art. L. 712-6. – Les fonctionnaires reçoivent les prestations en nature des assurances maladie, maternité, invalidité, dans les conditions prévues au livre III et par l'organe des mutuelles ou sections de mutuelles régies par le code de la mutualité constituées entre fonctionnaires ou des unions de ces organismes qui reçoivent compétence à cet effet, pour l'ensemble des fonctionnaires d'une ou plusieurs administrations dans une même circonscription.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le service des prestations aux personnes mentionnées à l'article L. 161-14-1 est assuré par les organismes mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 381-9.

Art. L. 712-7. – Les mutuelles ou sections de mutuelles ou unions de ces organismes prévues à l'article L. 712-6 reçoivent, des caisses d'assurance maladie, les fonds nécessaires au service des

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

prestations et justifient auxdites caisses de l'emploi des fonds reçus.

Art. L. 712-8. – Au cas où, dans une ou plusieurs administrations d'une même circonscription, il ne peut être constitué une mutuelle ou section de mutuelle ou union de ces organismes comptant un effectif de fonctionnaires fixé par décret, les mutuelles, sections ou unions existantes sont habilitées de plein droit à exercer le rôle de correspondant de la caisse d'assurance maladie pour leurs membres. Elles peuvent être habilitées à exercer le rôle de correspondant pour des fonctionnaires autres que leurs membres.

Code rural et de la pêche

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

Art. L. 722-10. – Les dispositions relatives à l'assurance obligatoire maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles sont applicables, sous réserve des traités et accords internationaux :

1° Aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 722-4 à condition que l'exploitation ou l'entreprise soit située sur le territoire métropolitain et qu'elle ait au moins l'importance définie à l'article L. 722-5, sous réserve des dérogations prévues aux articles L. 722-6 et L. 722-7.

Sont assimilées aux chefs d'exploitation mentionnés à l'alinéa précédent pour le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, les personnes ayant cessé leur activité non salariée agricole et qui répondent à des conditions d'âge et de durée d'activité professionnelle fixées par décret. Le maintien de ces droits leur est assuré jusqu'à l'âge auquel elles peuvent prétendre à bénéficier de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18 ;

2° Aux aides familiaux non-salariés et associés d'exploitation, définis par l'article L. 321-6, des chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1°.

Par aides familiaux, on entend les ascendants, descendants, frères, sœurs et alliés au même degré du chef d'exploitation

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

ou d'entreprise ou de son conjoint, âgés de plus de seize ans, vivant sur l'exploitation ou l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non-salariés.

La personne qui devient aide familial à compter du 18 mai 2005 ne peut conserver cette qualité plus de cinq ans ;

3° Aux anciens exploitants et à leurs conjoints titulaires de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18, ainsi qu'aux titulaires de la pension de retraite forfaitaire prévue à l'article L. 732-34 ;

4° a) Aux conjoints des personnes visées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du présent article, ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5, sous réserve qu'ils ne soient pas couverts à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie, maternité ;

b) Aux enfants de moins de seize ans à la charge des personnes visées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du présent article ou de leur conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels reconnus ou non, recueillis, adoptifs ou pupilles de la nation dont l'assuré est le tuteur.

Sont assimilés aux enfants de moins de seize ans :

– ceux de moins de vingt ans qui poursuivent leurs études, cette limite d'âge pouvant être reculée dans des conditions fixées par voie réglementaire pour les enfants ayant dû interrompre leurs études pour cause de maladie,

– ceux de moins de vingt ans qui sont, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunératrice,

– ceux de moins de vingt ans qui bénéficient de l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale ;

5° Aux membres non-salariés de toute société, quelles qu'en soient la forme et la dénomination, lorsque ces membres

1° Le 4° de l'article L. 722 10 est ainsi modifié :

a) Au a, les mots : « conjoints des personnes visées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du présent article » sont remplacés par les mots : « personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé par application des dispositions de l'article L. 160-17 » ;

b) Le b est remplacé par les dispositions suivantes :

« b) Aux enfants qui répondent aux conditions mentionnées à l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

consacrent leur activité, pour le compte de la société, à une exploitation ou entreprise agricole située sur le territoire métropolitain, lesdites sociétés étant assimilées, pour l'application du présent régime, aux chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° ;

6° Aux titulaires des pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1^{er} avril 2002 ;

4° a) Aux conjoints des personnes visées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du présent article, ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5, sous réserve qu'ils ne soient pas couverts à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie, maternité ;

7° Aux titulaires des rentes mentionnées à l'article L. 752-6.

Art. L. 722-11. – Ne sont pas assujettis au régime d'assurance obligatoire institué par le présent paragraphe 2 les parlementaires, les anciens parlementaires jouissant à ce titre de leur droit à la retraite, ainsi que les invalides, veuves et orphelins de guerre mentionnés aux articles L. 381-19 et L. 381-20 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, les personnes mentionnées à l'alinéa précédent peuvent demander aux caisses de mutualité sociale agricole le bénéfice des dispositions de la loi n° 77-773 du 12 juillet 1977 tendant à l'abaissement de l'âge de la retraite pour les anciens déportés ou internés, sans autre condition que celles prévues par cette dernière loi.

Art. L. 742-3. – Les caisses de mutualité sociale agricole servent aux salariés agricoles et à leurs ayants droit en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse, de veuvage et de décès, les prestations prévues par le code de la sécurité sociale. À cet effet, sont applicables au régime des assurances sociales agricoles :

1° L'article L. 173-7 du code de la sécurité sociale, les dispositions suivantes du livre III du code de la sécurité sociale : articles L. 311-5, L. 311-9, L. 311-10,

2° Au premier alinéa de l'article L. 722-11, les mots : « mentionnés aux articles L. 381-19 et L. 381-20 du code de la sécurité sociale » sont supprimés ;

3° Au 1° de l'article L. 742-3, les mots : « L'article L. 173-7 » sont remplacés par les mots : « Les dispositions du chapitre préliminaire du livre I du code de la sécurité sociale à l'exception de

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

chapitres III, IV et V du titre I^{er}, titre II à l'exception de l'article L. 321-3 et du chapitre V, titres III et IV, titre V à l'exception du 7^o de l'article L. 351-3 et du chapitre VII, titre VI, titre VII, article L. 383-1. Pour l'application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale, la référence : « l'article L. 411-1 » est remplacée par la référence : « au premier alinéa de l'article L. 751-6 du code rural et de la pêche maritime » ;

2^o Le titre VIII du livre IV du code de la sécurité sociale à l'exclusion des articles L. 482-1 à L. 482-4.

Pour l'application de ces dispositions, la référence au régime général est remplacée par la référence au régime des assurances sociales agricoles et les caisses de mutualité sociale agricole sont substituées aux caisses primaires d'assurance maladie, aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et à la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg.

Art. L. 761-3. – Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle s'applique aux membres des professions agricoles et forestières relevant des assurances sociales agricoles mentionnés aux 1^o et 2^o :

1^o Salariés d'une entreprise ayant son siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle, quel que soit leur lieu de travail en France métropolitaine, et salariés travaillant dans l'un de ces trois départements pour une entreprise ayant son siège hors de ces départements ;

2^o Personnes mentionnées aux 4^o à 11^o du II de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale.

Il est également applicable aux ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3 du code de la sécurité sociale, des assurés mentionnés ci-dessus.

l'article L. 160-5, l'article L. 173-7 » et les mots : « L. 311-9, L. 311-10, » sont supprimés ;

4^o Au quatrième alinéa de l'article L. 761-3, les mots : « aux articles L. 161-14 et L. 313-3 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 161-1 ».

4^o Au ...
... mots : « ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3 du code de la sécurité sociale, des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale rattachées aux ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Le bénéfice de ce régime est subordonné aux conditions d'ouverture des droits des assurés mentionnés ci-dessus.

Ce régime assure à ses bénéficiaires des prestations servies en complément de celles du régime des assurances sociales agricoles pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré en application de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale. Il peut également prendre en charge tout ou partie du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du même code.

Ces prestations sont déterminées par le conseil d'administration de l'instance de gestion spécifique de ce régime dans des conditions fixées par décret.

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 251-1. – Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'État.

P. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 251-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, » sont supprimés et cet alinéa est complété par les mots : « pour lui-même et pour : » ;

b) Après le premier alinéa sont insérés 2 alinéas ainsi rédigés :

« 1° Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 161-1 ;

« 2° Les personnes non visées aux 1° et 2° du présent article vivant depuis douze mois consécutifs avec la personne bénéficiaire de l'aide mentionnée au premier alinéa et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente à condition d'en apporter la preuve dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. Dans ce cas, le bénéfice de l'aide susmentionnée ne peut être attribué qu'à une seule de ces personnes. » ;

En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le

Texte en vigueur

justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'État dans les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle.

De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'État, dans des conditions définies par décret.

Art. L. 254-1. – Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'État à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Code de la mutualité

Art. L. 111-1. – I. – Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Ces statuts définissent leur objet social, leur champ d'activité et leurs modalités de fonctionnement, conformément aux dispositions du présent code.

Les mutuelles peuvent avoir pour objet :

Texte du projet de loi

2° À l'article L. 254-1, la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 111-2-3 ».

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

4° De participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L. 211-3 à L. 211-7, L. 381-8, L. 381-9, L. 611-3, L. 712-6 à L. 712-8 du code de la sécurité sociale et des articles L. 723-2, L. 731-30 à L. 731-34, L. 741-23 et L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'État ou d'autres collectivités publiques.

Q. – Au 4° de l'article L. 111-1 du livre I^{er} du code de la mutualité, les mots : « L. 211-3 à L. 211-7, L. 381-8, L. 381-9, L. 611-3, L. 712-6 à L. 712-8 » sont remplacés par les mots : « L. 160-17, L. 381-8 et L. 611-3 ».

R. – Dans toutes les dispositions législatives et réglementaires :

1° Les références aux articles L. 161-2-1, L. 380-3, L. 332-3, L. 331-2, L. 322-1, L. 332-1, L. 322-7, L. 322-2, L. 322-3, L. 322-4 et L. 322-8 sont remplacées respectivement par les références aux articles L. 160-5, L. 160-6, L. 160-7, L. 160-9, L. 160-10, L. 160-11, L. 160-12, L. 160-13, L. 160-14, L. 160-15 et L. 160-16 ;

2° Les références à l'article L. 321-1 sont remplacées par la référence à l'article L. 160-8 et aux alinéas de cet article dans leur nouvelle numérotation dans le même article, à l'exception des références au 5° de l'article L. 321-1 qui sont remplacées par la référence à l'article L. 321-1.

Il peut être procédé par voie de décret en Conseil d'État aux renumérotations des dispositions de nature législative ainsi requises.

X. – Le présent article en vigueur le 1^{er} janvier 2016 sous les réserves suivantes :

A. – Les habilitations accordées aux groupements mutualistes en application de l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale, dans sa version antérieure à la présente loi, demeurent en vigueur au plus tard jusqu'au 31 décembre 2019.

Les dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux mutuelles ou

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

groupements mutualistes habilités avant le 1^{er} janvier 2016, en application de l'article L. 211-4 du même code dans sa version antérieure à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Un décret détermine, le cas échéant, les conditions d'évolution du contenu des délégations liées à ces habilitations pendant la période transitoire.

B. – Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes mentionnés à l'article L. 160-17, du transfert, en tout ou partie, d'opérations de gestion de la prise en charge des frais de santé qu'ils assurent à la date d'entrée en vigueur de la loi, fait l'objet d'une indemnité s'il a pour origine les modifications apportées aux règles régissant les délégations de gestion et présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

C. – Sauf demande contraire, la prise en charge des frais de santé des personnes majeures ayant la qualité d'ayant droit au 31 décembre 2015 reste effectuée, tant que ces personnes ne deviennent pas affiliées à un régime de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle, y compris antérieure, par rattachement à l'assuré social dont elles dépendent et par les organismes dont elles relèvent à cette date, jusqu'au 31 décembre 2019 au plus tard.

L'article L. 161-15, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi, demeure applicable aux personnes majeures conservant la qualité d'ayant droit, jusqu'au 31 décembre 2019.

Code de la sécurité sociale

Article 40

Article 40

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

I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par les dispositions suivantes :

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'UN ACTE DE TERRORISME

« Section 1

« Dispositions applicables aux personnes présentes sur les lieux de l'acte de terrorisme

« Art. L. 169-1. – Les dispositions de la présente section sont applicables aux personnes victimes d'un acte de terrorisme, blessées ou impliquées lors de cet acte dans des conditions précisées par décret et dont l'identité a été communiquée par l'autorité judiciaire compétente au Fonds de garantie mentionné au premier alinéa de l'article L. 422-1 du code des assurances.

« Art. L. 169-2. – Ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 :

« 1° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, pour les hospitalisations résultant directement de l'acte de terrorisme ;

« 2° Les dispositions de l'article L. 313-1 en tant qu'elles concernent les indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1, pour les prestations rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ;

« 3° Le délai et les sanctions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 321-2, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme ;

« 4° La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 322-2, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;

« 5° La participation forfaitaire mentionnée au premier alinéa du II du même article, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;

« 6° La franchise mentionnée au premier alinéa du III du même article, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;

« 7° Le délai mentionné au premier

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

alinéa de l'article L. 323-1, pour les incapacités de travail rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ;

« 8° Les délais mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 441-2, lorsque l'accident de travail résulte d'un acte de terrorisme ;

« 9° Le délai et la durée minimale d'affiliation mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, le délai et les sanctions mentionnés au sixième alinéa du même article, le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 751-26 du même code, le délai mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 752-5 du même code et le délai et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme.

« Art. L. 169-3. – Dès lors que leur délivrance résulte directement de l'acte de terrorisme, les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 sont remboursés dans la limite des frais réellement exposés, sans pouvoir excéder des limites fixées par arrêté en référence aux tarifs fixés en application de l'article L. 432-3.

« Art. L. 169-4. – Hors le cas des consultations de suivi psychiatrique mentionnées à l'article L. 169-5, les dispositions des articles L. 169-2 et L. 169-3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme et jusqu'au dernier jour du douzième mois civil suivant celui au cours duquel cet acte a eu lieu.

« Art. L. 169-5. – Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert pendant une période de dix ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme. Le bénéfice de ces dispositions ne peut excéder deux ans.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Section 2

« Dispositions applicables aux proches parents des personnes

« décédées ou blessées lors d'un acte de terrorisme

« Sous-section 1

« Capital décès

« Art. L. 169-6. – Les dispositions de l'article L. 313-1 en tant qu'elles concernent l'assurance décès ne sont pas applicables lorsque le décès résulte d'un acte de terrorisme.

« Sous-section 2

« Consultations de suivi psychiatrique

« Art. L. 169-7. – Les dispositions de la présente sous-section sont applicables aux proches parents des personnes décédées ou blessées dans un acte de terrorisme dont l'identité a été communiquée par l'autorité judiciaire compétente au Fonds de garantie mentionné au premier alinéa de l'article L. 422-1 du code des assurances.

« Par proches parents, on entend :

« 1° Le conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

« 2° Les ascendants jusqu'au troisième degré ;

« 3° Les descendants jusqu'au troisième degré ;

« 4° Les frères et sœurs.

« Art. L. 169-8. – Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, les personnes mentionnées à l'article L. 169-7 bénéficient des dispositions de l'article L. 169-5.

« Section 3

« Dispositions communes

« Art. L. 169-9. – Les caisses versent directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, ainsi qu'aux

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

établissements de santé le montant des prestations mentionnées aux articles L. 169-2 en ses 1° et 4° et L. 169-3.

« Art. L. 169-10. – Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours de la période mentionnée aux articles L. 169-4 et L. 169-5, ce changement est sans incidence sur l'appréciation de la durée prévue auxdits articles.

« Art. L. 169-11. – Le financement des dépenses mentionnées aux articles L. 169-2 et L. 169-6 est assuré par l'État.

« Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, l'État prend en charge la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés.

« Art. L. 169-12. – Pour la mise en œuvre des articles L. 169-2 à L. 169-9, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure un rôle de coordination des régimes obligatoires d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret.

« Art. L. 169-13. – Un décret détermine les modalités d'application du présent chapitre.

« Section 4

« Dispositions communes à plusieurs régimes de réparation

« Art. L. 169-14. – Pour la mise en œuvre des dispositions de l'article 9 de la loi n° 86-1020 du 9 septembre 1986 relative à la lutte contre le terrorisme, de l'article 26 de la loi n° 90-86 du 13 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé et du présent code, une expertise médicale commune est diligentée à l'initiative du Fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances, dans des délais et conditions fixés par décret. »

II. – Le 1° de l'article L. 1226-1 du code du travail est complété par les mots : « , sauf si le salarié figure au rang des personnes mentionnées à l'article L. 169-1

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

du code de la sécurité sociale ».

III. – Après le chapitre I^{er} du titre II 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, il est inséré un chapitre I bis ainsi rédigé :

« CHAPITRE IER BIS

« PROCÉDURE

EXCEPTIONNELLE EN CAS DE SURVENANCE D'UN ACTE DE TERRORISME

« Art. 21-3. – Les dispositions du présent chapitre sont applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale.

« Art. 21-4. – Ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article 21-3 :

« 1° La participation de l'assuré mentionnée à l'article 20-2 pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;

« 2° Le premier alinéa de l'article 20-6 et le délai mentionné au premier alinéa de l'article 20-7 pour les indemnités journalières résultant de l'acte de terrorisme ;

« 3° Le délai mentionné au dernier alinéa de l'article 20-10-2 pour les indemnités journalières résultant de l'acte de terrorisme.

« Art. 21-5. – Les dispositions du 7° de l'article L. 169-2 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnes mentionnées à l'article 21-3.

« Art. 21-6. – L'arrêté prévu à l'article L. 169-3 du code de la sécurité sociale est applicable aux personnes mentionnées à l'article 21-3.

« Art. 21-7. – Les articles L. 169-4 et 169-5 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnes mentionnées à l'article 21-3 sous réserve des adaptations

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

suivantes :

« 1° À l'article L. 169-4, la référence à l'article L. 169-2 est remplacé par la référence aux articles 21-4 et 21-5 de l'ordonnance n° 96-122 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 ;

« 2° À l'article L. 169-5, la référence au 4° de l'article L. 169-2 est remplacé par la référence au 1° de l'article 21-4 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.

« Art. 21-8. – Les articles L. 169-6 et L. 169-7 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve, pour la référence à l'article L. 169-5, des adaptations prévues au 2° de l'article 21-7.

« Art. 21-9. – La caisse de sécurité sociale de Mayotte verse directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations, ainsi qu'aux établissements de santé, le montant des prestations mentionnées au 1° de l'article 21-4 et à l'article 21-6.

« Art. 21-10. – Le financement des dépenses mentionnées au présent chapitre est assuré par l'État.

« Pour la mise en œuvre de l'article 21-6, l'État prend en charge la différence entre les tarifs servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés.

« Art. 21-11. – Un décret détermine les modalités d'application du présent chapitre. »

Article 41

Article 41

Art. L. 322-3. – La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 ;

22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1.

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.

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. 5134-1. – I. – Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

La délivrance et la prise en charge de contraceptifs sont protégées par le secret pour les personnes mineures.

I. – Le 21° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ».

II. – Au deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, les mots : « La délivrance et la prise en charge de contraceptifs » sont remplacés par les mots : « La délivrance de contraceptifs, la réalisation d'examens de biologie médicale en vue d'une

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

II. – Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

III. – Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux.

Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Les infirmiers exerçant dans ces services peuvent procéder à la délivrance et l'administration de ces médicaments. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

prescription contraceptive, la prescription de ces examens ou d'un contraceptif, ainsi que leur prise en charge, ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 613-20. – Les prestations supplémentaires sont instituées, modifiées ou supprimées par décret pris sur proposition faite, à la majorité des membres élus d'une ou plusieurs sections professionnelles du conseil d'administration de la Caisse nationale.

Les prestations supplémentaires peuvent être communes à plusieurs groupes professionnels si les sections professionnelles représentant ces groupes et statuant à la majorité ci-dessus définie, en font la demande. Dans ce cas, l'équilibre financier est assuré dans le cadre de l'ensemble des groupes intéressés.

Les prestations supplémentaires sont choisies parmi les catégories de prestations figurant au 1° de l'article L. 321-1 ou consistent soit en l'octroi, dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues au 5° du même article et au 2° de l'article L. 431-1, soit en une réduction de la participation de l'assuré aux tarifs servant au calcul du remboursement des prestations de base, sans que cette participation puisse être inférieure à celle prévue à l'article L. 322-2.

Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 321-1, le bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues à cet article. L'article L. 323-7 lui est également applicable.

La charge des prestations supplémentaires est couverte par des cotisations supplémentaires, dans les conditions précisées à l'article L. 612-13.

Article 41 bis

I. – L'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, après la deuxième occurrence du mot : « article », est insérée la référence : « , à l'article L. 323-3 » ;

2° À l'avant-dernier alinéa, après la référence : « L. 321-1 », est insérée la référence : « et à l'article L. 323-3 ».

II. – Le I entre en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

Amendement AS247

CHAPITRE II
**Promotion de la prévention et les
parcours de prise en charge coordonnée**

CHAPITRE II
**Promotion de la prévention et les
parcours de prise en charge
coordonnée**

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 42

Article 42

L'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

(Sans modification)

Art. L. 162-12-21. – Les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis des organisations syndicales signataires de la convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou à l'article L. 162-32-1 pour ce qui les concerne.

« Art. L. 162-12-21. – I. – Un contrat de coopération pour les soins visuels peut être conclu avec les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie, en vue d'inciter le praticien à recruter ou à former un auxiliaire médical.

Ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels. Le contrat peut faire l'objet d'avenants destinés à y intégrer les objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie.

« Ce contrat, conclu pour une durée de trois ans non renouvelable, prévoit des engagements individualisés qui portent notamment sur l'augmentation du nombre de patients différents reçus en consultations, le respect des tarifs conventionnels, et les actions destinées à favoriser la continuité des soins. Il détermine des objectifs en matière d'organisation des soins, notamment sur la formation ou le recrutement d'un auxiliaire médical, ainsi que sur la participation à des actions de dépistage et de prévention. Il prévoit les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs.

Ce contrat détermine les contreparties financières, qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de santé.

« Ce contrat est conforme à un contrat-type défini par la convention visée à l'article L. 162-5. À défaut d'accord avant le 1^{er} septembre 2016, un contrat-type est défini par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Le contrat type est transmis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui peuvent s'y opposer

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions particulières requises pour conclure un contrat de coopération, notamment en ce qui a trait à la profession

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

dans un délai fixé par décret.

Ces ministres peuvent suspendre l'application des contrats pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats ne sont pas conformes aux objectifs poursuivis.

de l'auxiliaire médical et aux modalités de son recrutement.

« II. – Les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie peuvent conclure un contrat collectif pour les soins visuels avec les maisons de santé et les centres de santé adhérents à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1, en vue d'inciter au développement de coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques au sein de ces structures.

« Le contrat collectif pour les soins visuels, d'une durée de trois ans, prévoit les engagements respectifs des parties, qui portent notamment sur le respect des tarifs conventionnels et l'organisation des soins.

« Ce contrat est conforme à un contrat-type défini par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Une évaluation annuelle du contrat collectif pour les soins visuels, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement et aux partenaires conventionnels en vue de l'intégration de ce contrat dans la négociation, à compter du 1^{er} janvier 2018, d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionné au II de l'article L. 162-14-1.

« III. – Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent des contrats définis au présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3^o du D du I de l'article L. O. 111-3. »

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 43

Afin de prévenir l'obésité, des expérimentations peuvent être menées à compter du 1^{er} juillet 2016 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2019, pour améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants de trois à huit ans, chez lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité tel que défini par les recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé.

Dans le cadre de ces expérimentations, le médecin traitant de l'enfant peut prescrire des consultations diététiques, des bilans d'activité physique ou des consultations psychologiques, en fonction des besoins et de la situation de l'enfant et de sa famille. Ces consultations et ces bilans sont réalisés par des professionnels de santé ou des psychologues appartenant à des structures disposant de compétences particulières en ce domaine, telles que des centres mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, sélectionnées par les caisses primaires d'assurance maladie et les agences régionales de santé.

Ces structures bénéficient d'une rémunération forfaitaire supportée par les caisses nationales d'assurance maladie pour chaque enfant pris en charge sur prescription du médecin traitant.

Un décret précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation.

Les ministres de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour l'expérimentation et le cahier des charges des expérimentations.

Un rapport d'évaluation sur l'efficacité du dispositif est réalisé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et transmis au Parlement avant le 30 septembre 2019.

Article 44

I. – L'article L. 162-5-14 du code de

Article 43

(Sans modification)

Article 44

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 162-5-14. – Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par les médecins mentionnés au premier alinéa du même article sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du présent code. Ces médecins sont tenus de respecter ces tarifs.

Code de la santé publique

Art. L. 1435-5. – L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.

L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application des dispositions du II de l'article L. 1435-5 du code de la santé publique et par dérogation au premier alinéa, les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du même code par les médecins mentionnés au premier alinéa du même article sont financés par le fonds défini à l'article L. 1435-8 dudit code, sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du présent code. »

II. – L'article L. 1435-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est précédé par un : « I » ;

2° Au second alinéa, le mot : « spécifique » est remplacé par le mot : « forfaitaire » ;

3° L'article est complété par un II ainsi rédigé :

« II. – Des agences régionales de santé se portant volontaires peuvent être autorisées par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale à financer, sur tout ou partie des secteurs de la permanence des soins ambulatoires, la rémunération forfaitaire mentionnée au I et la rémunération des actes mentionnés à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale par des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-9 du présent code qui leur sont délégués à cet effet. Dans ce cas, la rémunération des actes prévus à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale ne peut être mise à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

d'assurance maladie.

« L'autorisation ministérielle est accordée pour une durée qui ne peut dépasser trois ans. Elle peut être renouvelée à l'issue de ce délai, en fonction des réalisations de l'agence présentées dans le cadre du bilan mentionné à l'article L. 1435-10 du présent code. »

III. – Les dispositions expérimentales prévues au II de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 continuent de s'appliquer à l'agence régionale de santé des Pays de la Loire jusqu'au 1^{er} janvier 2017.

Article 44 bis

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique des frais occasionnés par l'établissement du certificat mentionné à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales sur la base d'un appel à projet national.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques de l'appel à projets national, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

Le contenu de chaque projet est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des agences régionales de santé retenues pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national et après avis des agences régionales de santé

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

L'agence transmet ces éléments, accompagnés de son avis sur la pérennisation de ce protocole, à la Haute Autorité de santé et au collège des financeurs. La Haute Autorité de santé réalise une évaluation médico-économique du protocole et rend un avis sur son efficience.

II. – Sur la base des éléments transmis par l'agence et de l'avis de la Haute Autorité de santé, le collège des financeurs rend un avis sur le maintien et, le cas échéant, sur la prise en charge financière du protocole soit à titre dérogatoire pour une durée limitée, soit à titre définitif par une inscription des actes concernés sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Dans le cas d'un avis favorable du collège des financeurs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut maintenir le protocole pour une durée qu'il fixe.

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

I. – L'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Il est ajouté au second alinéa du I, une seconde phrase ainsi rédigée :

« Elle rend en même temps l'avis mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale pour chacun des actes prévus dans le protocole, » ;

2° La seconde phrase du II est supprimée ;

3° Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« III. – Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable au maintien à titre définitif d'un protocole de coopération :

concernées.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Amendement AS378

Article 45

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

national. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de santé peut autoriser la mise en œuvre du protocole par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.

« 1° L'Académie de médecine, saisie pour avis de projets de textes réglementaires portant sur des actes professionnels mentionnés au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 aux fins d'étendre ou de pérenniser tout ou partie du protocole, se prononce dans un délai qui ne peut être supérieur à deux mois à compter de la date à laquelle elle a été saisie ;

« 2° Les dérogations prévues à l'article L. 4011-1 du présent code demeurent applicables jusqu'à l'entrée en vigueur des textes réglementaires mentionnés au 1° ;

« 3° Les actes prévus par les protocoles sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire. » ;

4° L'article est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable à la prise en charge financière définitive d'un protocole de coopération, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent proroger la durée du financement prévu à l'article L. 4011-2-2 jusqu'à l'inscription des actes du protocole sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. »

Code de la sécurité sociale

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

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

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

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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 efficience. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 et 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 attendu de l'acte, 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 ;

.....

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

Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Institut national de veille sanitaire et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener

1° Le 9° de l'article L. 161-37 est ainsi rédigé :

« 9° Rendre l'avis mentionné au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique » ;

2° À l'article L. 161-37, il est ajouté un 10° ainsi rédigé :

« 10° Rendre l'avis mentionné au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, ainsi qu'un avis portant évaluation de chacun des actes prévus par les protocoles de coopération conformément aux dispositions du 1° » ;

Texte en vigueur

toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.

La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique siégeant auprès d'elle et consultée sur l'inscription des médicaments inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ainsi que son règlement intérieur.

Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.

Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces.

La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet, qui porte notamment sur les travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que sur les actions d'information mises en œuvre en application du 2° du présent article. Les commissions spécialisées mentionnées au même article L. 161-41 autres que celles créées par la Haute Autorité de santé remettent chaque année au Parlement un rapport d'activité mentionnant notamment les modalités et principes selon lesquels elles mettent en œuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie.

Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.

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.

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 qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'union 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 au même 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 susceptibles 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° du présent

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7-1, après la référence : « L. 162-1-7 », sont insérés les mots : « ou au I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique » ;

4° Après le cinquième alinéa de l'article L. 162-1-7-1, il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Des actes inscrits dans un protocole de coopération ayant recueilli un avis favorable du collège des financeurs en application du III de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique. » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

article fait l'objet d'une évaluation médico-économique réalisée par la Haute Autorité de santé.

Les actes mentionnés au 3° 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 le 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 la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'amélioration du service attendu de l'acte et les conditions de réalisation de l'évaluation médico-économique par la Haute Autorité de santé, sont déterminées par décret en Conseil d'État. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.

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 et de l'évaluation mentionnée au deuxième 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° à 3° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article.

L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° dudit article est évalué par la Haute Autorité de santé.

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

5° Au premier alinéa de l'article L. 162-1-8, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° ».

Texte en vigueur

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.

Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 162-1-7-1, 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 maximal 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.

Les modalités d'application du présent article, notamment la définition des critères mentionnés aux 1° à 3° du même article L. 162-1-7-1, sont déterminées par décret en Conseil d'État. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 121-7. – Sont à la charge de l'État au titre de l'aide sociale :

1° Les dépenses d'aide sociale engagées en faveur des personnes mentionnées aux articles L. 111-3 et L. 232-6 ;

2° Les frais d'aide médicale de l'État, mentionnée au titre V du livre II ;

3° La part du revenu de solidarité active financée par le fonds national des solidarités actives en application de l'article L. 262-24 ;

4° L'allocation simple aux personnes âgées, mentionnée à l'article L. 231-1 ;

5° L'allocation différentielle aux adultes handicapés, mentionnée à l'article L. 241-2 ;

6° Les frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle

Texte du projet de loi

Article 46

I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

Propositions de la Commission

Article 46

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle, mentionnés aux articles L. 344-3 à L. 344-6 ;

7° Les frais de fonctionnement des centres d'aide par le travail, mentionnés aux articles L. 344-2 à L. 344-6 ;

8° Les mesures d'aide sociale en matière de logement, d'hébergement et de réinsertion, mentionnées aux articles L. 345-1 à L. 345-3 ;

9° L'allocation aux familles dont les soutiens indispensables accomplissent le service national, mentionnée à l'article L. 212-1.

Art. L. 313-3. – L'autorisation est délivrée :

a) Par le président du conseil départemental, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ;

b) Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2°, b du 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au a du 5° du I du même article ;

c) Par l'autorité compétente de l'État pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 10°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1 ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;

d) Conjointement par le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du b du présent

1° Le 7° de l'article L. 121-7 est abrogé ;

2° Au b de l'article L. 313-3, les mots : « b du » et les mots : « , ainsi que pour les établissements et services mentionnés au a du 5° du I du même article » sont supprimés ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ;

e) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil départemental pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du c du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I et du III de l'article L. 312-1 ;

f) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du b et du c du présent article.

Art. L. 314-3-1. – Relèvent de l'objectif géré, en application de l'article L. 314-3, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie :

1° Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ;

2° Les établissements et services mentionnés aux 11° et 12° du I du même article qui accueillent des personnes handicapées ou âgées dépendantes ;

3° Les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code ;

4° Les établissements pour personnes handicapées qui exercent légalement leur activité en Suisse ou dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et qui servent des prestations à des enfants et adolescents handicapés ou aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4, dans le cadre de conventions passées avec les organismes français de sécurité sociale gérant des régimes obligatoires d'assurance maladie dont ceux-ci relèvent en qualité d'ayants droit ou d'assurés.

Art. L. 314-4. – Le montant total annuel des dépenses des établissements et services mentionnés aux a du 5°, aux 8°, 13° et 14° du I de l'article L. 312-1, qui sont à la

3° Au 1° de l'article L. 314-3-1, les mots : « b du » sont supprimés ;

4° À l'article L. 314-4, les mots : « aux a du 5°, » et les mots : « et, à titre complémentaire, s'agissant des établissements et services mentionnés au a

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

charge de l'État, et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales de fonctionnement de ces établissements et services sont déterminés par le total du montant limitatif inscrit à ce titre dans la loi de finances de l'année de l'exercice considéré et, à titre complémentaire, s'agissant des établissements et services mentionnés au a du 5° du I de l'article L. 312-1, des crédits inscrits à ce titre dans le budget du même exercice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Ce montant total annuel est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations régionales est fixé par le ministre chargé de l'action sociale, en fonction des besoins de la population, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions. À cet effet, un arrêté interministériel fixe, annuellement, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés au premier alinéa, ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds.

Art. L. 345-3. – Le bénéfice de l'aide sociale ne peut être accordé ou maintenu aux personnes ou familles accueillies dans un centre d'hébergement et de réinsertion ou dans un centre d'aide par le travail que si une convention a été conclue à cette fin entre le centre et l'État ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre leur personne morale gestionnaire et l'État dans des conditions définies par décret.

Art. L. 344-4. – Les frais des établissements de rééducation professionnelle directement entraînés par la formation professionnelle ou le fonctionnement de l'atelier, ainsi que les charges de fonctionnement de l'activité sociale des centres d'aide par le travail sont pris en charge sans qu'il soit tenu compte des ressources de l'intéressé, pour les établissements de rééducation professionnelle par l'assurance maladie, et pour les centres d'aide par le travail, par l'aide sociale à la

du 5° du I de l'article L. 312-1, des crédits inscrits à ce titre dans le budget du même exercice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » sont supprimés ;

5° À l'article L. 345-3, les mots : « ou dans un centre d'aide par le travail » sont supprimés ;

6° À l'article L. 344-4, les mots : « centres d'aide par le travail » sont remplacés par les mots : « établissements mentionnés au a du 5° du I de l'article L. 312-1 » et les mots : « pour les établissements de rééducation professionnelle par l'assurance maladie, et

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

charge de l'État.

pour les centres d'aide par le travail par l'aide sociale à la charge de l'État » sont remplacés par les mots : « par l'assurance maladie ».

Code de la sécurité sociale

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

Art. L. 321-1. – L'assurance maladie comporte :

1° Le 3° de l'article L. 321-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

1°) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2°) La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'État ;

3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

« 3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

4°) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique ;

5°) L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.

6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

7°) (Abrogé) ;

8°) (Abrogé) ;

« a) Des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

« b) Des frais de fonctionnement liés à l'activité sociale ou médico-sociale des établissements mentionnés au 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

9°) La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.

Art. L. 412-8. – Outre les personnes mentionnées à l'article L. 412-2, bénéficient également des dispositions du présent livre, sous réserve des prescriptions spéciales du décret en Conseil d'État :

1° les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur service ;

.....
17° Les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés mentionnés aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail, dans des conditions définies par décret.

Les dispositions de l'article L. 434-1 du présent code ne sont pas applicables aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2°.

Un décret précise, en tant que de besoin, les catégories d'élèves, d'étudiants et de stages ainsi que la nature des établissements mentionnés aux a. et b. du 2° ci-dessus.

En ce qui concerne les personnes mentionnées aux 1°, 2° et 3° du présent article et non assujetties aux assurances

2° L'article L. 412-8 est ainsi modifié :

a) Après le 17°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 18° Les bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services définis au a du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles prescrites par les maisons départementales des personnes handicapées ou les organismes assurant des services d'évaluation ou d'accompagnement des besoins des personnes handicapées mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 146-3 du même code ou par des organismes accompagnant des mises en situation ayant passé convention avec la maison départementale des personnes handicapées leur ouvrant la possibilité de prescrire ces mises en situation, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces mises en situation. » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

sociales en vertu du livre III ainsi que les personnes mentionnées au 13° et les personnes mentionnées au 15°, le décret en Conseil d'État et, pour les personnes mentionnées aux 4°, 5°, 6°, 7°, 9°, 10°, 11°, 12°, 15°, 16° et 17° des décrets prévus par ceux-ci, déterminent à qui incombent les obligations de l'employeur. Pour les personnes qui ne sont pas rémunérées ou ne reçoivent pas une rémunération normale, ils fixent les bases des cotisations et celles des indemnités.

b) Au dernier alinéa, les mots : « et 17° » sont remplacés par les mots : « , 17° et 18° ».

III. – Les dispositions du I et du 1° du II s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2017.

Code de l'action sociale et des familles

Article 47

Article 47

Livre III
Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services
Titre I^{er}
Établissements et services soumis à autorisation

I. – Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

1° Le ...
... par *deux alinéas* ainsi rédigés :

Art. L. 313-12-2. – Les établissements et services mentionnés aux 2°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'État dans la région et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification. Ce contrat comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre.

« Les établissements et services mentionnés au 2°, au b du 5° et au 7° du I de l'article L. 312-1 relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé concluent avec ce dernier un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, mentionné à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;

« Les établissements et services mentionnés au 2°, au 5° et au 7° du I de l'article L. 312-1 relevant de la compétence tarifaire *exclusive ou conjointe* du directeur général de l'agence régionale de santé *font l'objet* du contrat pluriannuel ...

... d'État. » ;

Amendement AS398

Amendement AS396

« À compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Art. L. 314-7. – I. – Dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1, sont soumis à l'accord de l'autorité compétente en matière de tarification :

.....

IV bis. – Dans le cas où les tarifs n'ont pas été arrêtés avant le 1^{er} janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs, les recettes relatives à la facturation desdits tarifs journaliers sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

Les tarifs de l'exercice dont la date d'effet est précisée dans l'arrêté tarifaire sont calculés en prenant en compte, en application du précédent alinéa, les produits facturés sur la base de l'exercice précédent entre le 1^{er} janvier et ladite date d'effet.

2° Le IV bis de l'article L. 314-7 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« La décision de tarification au titre de l'année prévoit, dans des conditions et selon des modalités prévues par décret, des tarifs de reconduction provisoires applicables au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

« Dans le cas où les tarifs n'ont pas été arrêtés avant le 1^{er} janvier de l'exercice en cause et dans l'hypothèse où un tarif de reconduction provisoire n'a pas été fixé, les recettes relatives à la facturation desdits tarifs sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « du précédent alinéa » sont remplacés par les mots : « des deux précédents alinéas ».

dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale. ».

Amendement AS398

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

V. – La personne physique ou morale gestionnaire de l'établissement ou du service tient à la disposition de l'autorité compétente en matière de tarification tout élément d'information comptable ou financier relatif à l'activité de l'établissement ou du service, ainsi que tous états et comptes annuels consolidés relatifs à l'activité de la personne morale gestionnaire.

VI. – Les budgets des établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent prendre en compte, éventuellement suivant une répartition établie en fonction du niveau respectif de ces budgets, les dépenses relatives aux frais du siège social de l'organisme gestionnaire pour la part de ces dépenses utiles à la réalisation de leur mission dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

En application de l'article L. 313-11, l'autorisation de ces frais de siège social peut être effectuée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Au titre de l'autorisation des financements mentionnés à l'alinéa précédent, les contrôles sur les sièges sociaux des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux s'effectuent dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre III du titre I^{er} du livre III et au titre III du livre III.

II. – Après l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-24-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-24-2. – L'action des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées mentionnés au 2^o, au b du 5^o et au 7^o de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles pour le paiement, par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code, des prestations et soins médicaux à la charge de l'assurance maladie se prescrit par un an, à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée à la caisse.

« Cette prescription est également applicable à l'action intentée par l'organisme payeur en recouvrement des

« Art. ...

au 2^o, au 5^o et ...

... caisse.

Amendement AS396

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

prestations indûment supportées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration, à compter de la date de paiement de la somme indue.

« Les modalités de reversement des sommes payées par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 aux différents organismes d'assurance maladie ainsi que des sommes recouvrées par celle-ci en application du deuxième alinéa du présent article sont fixées par décret.

« La commission de recours amiable de la caisse mentionnée à l'article L. 174-8 est compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause. »

III. – A. – Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction issue du 1^o du I du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé établit par arrêté la liste des établissements et services mentionnés au 2^o, au b du 5^o et au 7^o du I de l'article L. 312-1 du même code devant signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et la date prévisionnelle de cette signature, pour une période de six ans à compter du 1^{er} janvier 2016. Ce calendrier prévisionnel est mis à jour chaque année.

B. – L'article L. 162-24-2 du code de la sécurité sociale issu du II du présent article s'applique aux prestations et soins médicaux délivrés par les établissements médico-sociaux concernés à compter du 1^{er} janvier 2016.

III. – A. – Pour ...

... arrêté, le cas échéant conjoint avec le président du conseil départemental concerné, la liste des établissements et services mentionnés au 2^o, au 5^o et...

... année.

Amendements AS396 et AS397

« A bis. – Le deuxième alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction issue du 1^o du I du présent article est applicable à compter du 1^{er} janvier 2017. ».

Amendement AS398

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

**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. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi

CHAPITRE III
**Poursuite de la réforme du financement
des établissements**

Article 48

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 :

Article 47 bis

Le Gouvernement présente au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport qui précise les conditions de mise en œuvre de la continuité des soins entre le domicile et le placement dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, notamment les modalités de facturation directe à l'assurance maladie des dispositifs mentionnés par la liste des prestations et produits remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et non pris en charge dans le cadre du forfait global relatif aux soins.

Amendement AS377

CHAPITRE III
**Poursuite de la réforme du
financement des établissements**

Article 48

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.

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

L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1^{er} janvier. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

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

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

La dérogation prévue au présent I prend fin au plus tard au 1^{er} mars 2016 pour les actes et consultations externes et au plus tard le 1^{er} mars 2018 pour les autres prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire, selon des

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code.

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 ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

1° À la première phrase, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année : « 2019 » ;

2° Après la deuxième phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« La progression de la base de calcul de cette participation ne peut excéder un plafond fixé par décret. »

Code de la sécurité sociale

Article 49

Article 49

(Sans modification)

Art. L. 133-4. – En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :

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

1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ;

1° Le 1° de l'article L. 133- 4 est ainsi modifié :

a) Après la référence à l'article L. 162-22-7, est insérée la référence à

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 321-1, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement.

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 du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de 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 du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus d'un taux (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 du présent article sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7 du présent code ou 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

l'article L. 162-23-6 ;

b) Les mots : « et L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 138-10, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

Texte en vigueur

1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite des indications au titre desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne, pour lesquels le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ;

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.

Art. L. 162-1-14-2. – Le contrôle d'une pharmacie, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement de santé, d'un fournisseur de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, d'une société de transport sanitaire ou d'une entreprise de taxi mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 322-5 concernant l'ensemble de son activité ou un ou plusieurs des éléments de celle-ci énumérés par décret en Conseil d'État est réalisé par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la base d'un échantillon dont la méthode d'élaboration est définie par décret en Conseil d'État, après avis conforme du directeur de l'union prévue à l'article L. 182-2, lorsque le chiffre d'affaires annuel de ces structures excède un seuil fixé, pour chacune de ces catégories de structures, par ce décret. Pour les établissements de santé, le contrôle de l'activité ou des éléments d'activité réalisé dans ce cadre ne peut porter sur les manquements aux règles de facturation fixées en application de l'article L. 162-22-6.

En cas de constat de sommes indûment versées par l'organisme local d'assurance maladie, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut alors prononcer une pénalité selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, pénalité qui est notifiée et recouvrée dans les conditions prévues au même article. La pénalité peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Texte du projet de loi

3° Au premier alinéa de l'article L. 162-1-14-2, les mots : « de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

Propositions de la Commission

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Le montant de cette pénalité est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des dépenses prises en charge par l'organisme local d'assurance maladie au cours de la période contrôlée ou, si le contrôle porte sur un ou plusieurs éléments d'activité ou prestations en particulier, sur la base des dépenses afférentes à ceux-ci. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'État pour la fixation de cette base. Le montant ainsi calculé peut être supprimé, minoré ou majoré dans la limite de 25 %, en fonction de la gravité des faits reprochés. Lorsque les sommes indûment versées sont principalement liées à des fraudes au sens de l'article L. 162-1-14, ce pourcentage de majoration peut être porté à 100 %.

La notification prévue au premier alinéa du IV de l'article L. 162-1-14 fait état de la méthodologie de contrôle employée.

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

Art. L. 162-5-17. – À défaut d'identification par le numéro personnel mentionné à l'article L. 162-5-15 des prescriptions de spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7, les dépenses y afférentes ne sont pas prises en charge par les organismes de sécurité sociale.

Ces dépenses ne peuvent être facturées au patient.

Art. L. 162-16-6. – I. – Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est fixé par convention entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et

4° Au premier alinéa de l'article L. 162-5-17, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

5° L'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » et les mots : « au même article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux mêmes articles » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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. À défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés à la première phrase du présent alinéa, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivant le terme de ces mêmes délais. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe au tarif publié par le comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette publication. 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 L. 5123-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique.

En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.

Un accord conclu 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 notamment les conditions dans lesquelles les tarifs peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

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.

II. – Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o 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

b) Au II, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

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. – Un décret en Conseil d'État détermine, parmi les soins définis à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique qui sont dispensés dans les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du même code :

1° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-6 ;

2° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et aux dispositions de l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;

3° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 174-5.

6° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-5, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

7° L'article L. 162-22 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 162-22. – Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, sont financés :

« 1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, d'odontologie, conformément aux dispositions de l'article ;

« 2° Pour les activités de psychiatrie, conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et aux dispositions de l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;

« 3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnées à l'article L. 174-5, conformément aux dispositions de l'article

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Livre I^{er} 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 Section V Établissements de santé Sous-section 3 Frais d’hospitalisation remboursés sur la base de tarifs nationaux</p>	<p>L. 174-1 ;</p> <p>« 4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément aux dispositions de l’article L. 162-23-1. » ;</p> <p>8° La sous-section 3 de la section V du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est intitulée : « Dispositions relatives aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d’odontologie » ;</p> <p>9° Après la sous-section 3 de la section V du chapitre II du titre VI du livre I^{er}, il est inséré une sous-section 4 ainsi rédigée :</p> <p style="padding-left: 40px;">« Sous-section 4 « Dispositions relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation</p> <p style="padding-left: 40px;">« Art. L. 162-23. – I. – Chaque année est défini un objectif des dépenses d’assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 4° de l’article L. 162-22, qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l’article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d’assurance maladie, afférentes aux frais d’hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l’année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.</p> <p style="padding-left: 40px;">« Le montant de cet objectif est arrêté par l’État en fonction de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie.</p> <p style="padding-left: 40px;">« Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

« Il distingue les parts afférentes :

« 1° Aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ;

« 2° À la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8.

« II. – Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés au 1° à 6° de l'article L. 162-23-4 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 2° de l'article L. 162-23-4 susmentionné peuvent être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations issues notamment de l'étude nationale de coûts définie à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique.

« Art. L. 162-23-1. – Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, un décret en Conseil d'État pris après avis des organisations les plus représentatives des établissements de santé, détermine :

« 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

« Art. L. 162-23-2. – Les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 sont financées selon les modalités suivantes :

« 1° Par des recettes issues de l'activité de soins dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 ;

« 2° Par, le cas échéant, des financements complémentaires prenant en charge :

« a) Les spécialités pharmaceutiques dans les conditions définies à l'article L. 162-23-6 ;

« b) Les plateaux techniques spécialisés dans les conditions définies à l'article L. 162-23-7 ;

« c) Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation dans les conditions définies à l'article L. 162-23-8 ;

« d) L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-15.

« Art. L. 162-23-3. – Les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-2, exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :

« 1° Une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité antérieure, mesurée par les données prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, valorisée par une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 et par le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie au titre de cette activité, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

« 2° Pour chaque séjour, un montant

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

forfaitaire correspondant à une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5.

« Art. L. 162-23-4. – Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :

« 1° Le niveau des fractions mentionnées au 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;

« 2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;

« 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés ci-dessus et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;

« 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

« 5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;

« 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.

« Les éléments mentionnés aux 1 à 3 du présent article prennent effet au 1er mars de l'année en cours et les éléments mentionnés aux 4° à 6° prennent effet au 1^{er} janvier de l'année en cours.

« Art. L. 162-23-5. – I. – Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

article, peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements.

« 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 établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.

« Art. L. 162-23-6. – I. – L'État fixe, 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, la liste des spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients pris en charge dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des spécialités pharmaceutiques en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-23-1.

« II. – Les établissements sont remboursés sur présentation des factures, dans le respect du montant affecté aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques prévu au 1° du I. de l'article L. 162-23. Ces remboursements peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de ce montant.

« Sous réserve du respect du montant défini au 1° du I de l'article L. 162-23, l'État peut verser aux établissements de santé le montant correspondant à la différence entre les montants issus des factures et ceux issus des factures minorés du coefficient

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

mentionné au précédent alinéa. Avant le 1^{er} mai de l'année suivante, l'État arrête le montant à verser aux établissements de santé.

« Art. L. 162-23-7. – Les charges non prises en compte par les tarifs des prestations mentionnés au 2^o de l'article L. 162-23-4 liées à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants, peuvent être compensées en tout ou partie par un forfait.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnés au premier alinéa du présent article.

« Art. L. 162-23-8. – I. – e montant prévu au 2^o du I. de l'article L. 162-23, affecté aux dotations nationales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6, participe notamment au financement des engagements relatifs :

« 1^o Aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code ;

« 2^o À la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins ;

« 3^o À l'amélioration de la qualité des soins ;

« 4^o À la réponse aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7 ;

« 5^o À la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des missions financées par cette dotation.

« Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

« Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en fonction du montant mentionné au 2° du I. de l'article L. 162-23 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales.

« II. – Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu au 1° du présent article.

« Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation sont fixées à l'article L. 162-23-10.

« Art. L. 162-23-9. – Dans les établissements mentionnés à l'article

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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
Section V
Établissements de santé
Sous-section 4
Dispositions diverses

Art. L. 162-22-18. – Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur

L. 162-22-6, les tarifs nationaux prévus au 2° de l'article L. 162-23-4 affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° de l'article L. 162-23-4 servent de base à l'exercice des recours contre les tiers et à la facturation des prestations prévues au 1° de l'article L. 162-23-1 des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du présent code.

« Art. L. 162-23-10. – Le forfait plateaux techniques spécialisés et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-23-7 et L. 162-23-8 sont versés aux établissements dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

« Art. L. 162-23-11. – Les modalités d'application de la présente sous-section font l'objet d'un décret en Conseil d'État. » ;

10° Après la sous-section 4 de la section V du chapitre II du titre VI du livre premier, il est créé une sous-section 5 intitulée : « Dispositions communes aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » et comprenant les articles L. 162-22-17, L. 162-22-18, L. 162-22-19 et L. 162-22-20, qui deviennent les articles L. 162-23-12 à L. 162_23-15 nouveaux, et sont ainsi modifiés :

a) Au premier alinéa de l'article L. 162-22-18, qui devient L. 162-23-13, les mots : « de l'article L. 162-22-6 » sont

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

remplacés par les mots : « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

Cette sanction est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie en application du programme de contrôle régional établi par l'agence. Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical. La motivation de la sanction indique, si tel est le cas, les raisons pour lesquelles le directeur général n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle. La sanction est notifiée à l'établissement.

Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues et du caractère réitéré des manquements. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Les établissements qui font obstacle à la préparation et à la réalisation du contrôle sont passibles d'une sanction dont le montant ne peut excéder la limite fixée au troisième alinéa.

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

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

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. À ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements ;

3° Abrogé.

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 chaque année par établissement.

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

b) Au 2° de l'article L. 162-22-19, qui devient l'article L. 162-23-14, les mots : « à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 » ;

c) L'article L. 162-22-20, qui devient l'article L. 162-23-15, est ainsi modifié :

– au premier alinéa, après les mots : « au 1° », sont insérés les mots : « et au 4° » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul par établissement sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

— au dernier alinéa, le mot : « définis » est remplacé le mot « définies ».

Livre I^{er}
Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
Titre IV
Expertise médicale – Contentieux – Pénalités
Chapitre II
Contentieux général
Section V
Dispositions diverses

11° À la section V du chapitre II du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, la sous-section 3 intitulée : « Dispositions diverses » devient la sous-section 6 ;

Art. L. 162-26. – Les consultations et actes externes, ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. Les tarifs des consultations et des actes ainsi fixés servent de base au calcul de la participation de l'assuré, à la facturation de ces prestations aux patients non couverts par un régime de l'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.

12° L'article L. 162-26 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1 et L. 162-21-1 et » ;

Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes mentionnés à l'alinéa précédent est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1.

b) Au deuxième alinéa, les mots : « de soins de suite ou de réadaptation » sont supprimés.

Un arrêté fixe le montant de la majoration appliquée aux patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un médecin spécialiste hospitalier. Cette majoration ne s'applique pas aux patients suivant un protocole de soins. Elle ne s'applique pas aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux consultations et actes réalisés par les praticiens hospitaliers dans le cadre de l'activité libérale définie à l'article L. 6154-2 du code de la santé publique.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 162-27. – Les spécialités pharmaceutiques classées par leur autorisation de mise sur le marché dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière et devant être administrées dans un environnement hospitalier peuvent être directement fournies par la pharmacie à usage intérieur en vue de leur administration au cours de la prise en charge d'un patient dont l'état de santé nécessite des soins non suivis d'hospitalisation dans un établissement de santé.

Dans ce cas, ces spécialités font l'objet d'une prise en charge, en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 ou des actes et consultations mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26, sur la base des tarifs définis aux alinéas suivants du présent article. Lorsque le montant de la facture est inférieur au 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.

Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, elles bénéficient d'un remboursement sur facture de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6.

Lorsque ces spécialités ne sont pas inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, le Comité économique des produits de santé fixe un tarif de prise en charge des spécialités selon la procédure mentionnée au I de l'article L. 162-16-6. Toutefois, dans ce cas, la décision du comité mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 intervient au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours suivant, soit l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit, pour les médicaments déjà inscrits sur cette

13° L'article L. 162-27 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-6, » sont remplacés par les mots : « aux 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

b) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6, elles bénéficient d'un remboursement sur facture dans les conditions définies à ce même article et sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6. » ;

c) Au dernier alinéa, après les mots : « sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 », sont insérés les mots : « ou à l'article L. 162-23-6 ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

liste, la notification de la décision prévoyant leur classement dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière mentionnée au premier alinéa du présent article.

Art. L. 174-2-1. – La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis consultatif des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement.

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. 162-22-9-1, 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

14° Le premier alinéa de l'article L. 174-2-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-6 », sont remplacés par les mots : « aux 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

b) Les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 ».

15° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « L. 162-22-18, » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-13, L. 162-23-15 » ;

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

« Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-23-1 à L. 162-23-10. » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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.

Art. L. 753-4. – Les médicaments remboursables par les organismes de sécurité sociale sont ceux mentionnés à l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7.

Les produits et prestations remboursables par les organismes de sécurité sociale sont ceux mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7.

La liste établie dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 162-17 est complétée pour tenir compte des nécessités particulières aux départements intéressés, notamment dans le domaine de la prophylaxie et de la thérapeutique palustres.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'outre-mer peut déterminer des majorations applicables :

1° Aux prix ou aux marges, fixés en application de l'article L. 162-16-4 ou de l'article L. 162-38, ou aux tarifs forfaitaires de responsabilité, prévus à l'article L. 162-16, des médicaments remboursables mentionnés aux premier et quatrième alinéas de l'article

c) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dépenses afférentes aux activités visées au second alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23. » ;

16° L'article L. 753-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 162-22-7 » sont ajoutés les mots : « et L. 162-23-6 » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

L. 162-17 ;

2° Aux prix de cession fixés en application de l'article L. 162-16-5 pour les médicaments mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ;

3° Aux tarifs de responsabilité fixés en application de l'article L. 162-16-6 pour les médicaments figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ;

4° Aux tarifs de responsabilité et, le cas échéant, aux prix des produits et prestations mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7.

Ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans chaque département d'outre-mer, grèvent le coût de ces médicaments par rapport à leur coût en métropole.

Code de la santé publique

Art. L. 6145-1. – L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, de ceux des consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, de ceux des médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code, des forfaits annuels prévus à l'article L. 162-22-8 du même code, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue à l'article L. 162-22-14 du même code, des prestations prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'état des

b) Au 3°, les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 ».

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

1° L'article L. 6145-1 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 162-22-10 », sont insérés les mots : « et au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;

b) Les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

c) Les mots : « à l'article L. 162-22-8 du même code, » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-8 et L. 162-23-7 du même code, du forfait prévu à l'article L. 162-23-15 du même code, » ;

d) Les mots : « à l'article L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-14 et L. 162-23-8 » ;

e) Après la référence : « L. 162-22-16 » est insérée la référence : « , L. 162-23-3 ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

prévisions de recettes et de dépenses donne lieu à révision du plan global de financement pluriannuel mentionné à l'article L. 6143-7.

Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'établissement fixe, après concertation avec le directoire, un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses tenant compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Si le directeur ne fixe pas un nouvel état ou si ce nouvel état ne tient pas compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'agence régionale de santé, ce dernier arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 6145-2.

Les modifications de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont établies dans les mêmes conditions.

Le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont transmis au directeur général de l'agence régionale de santé selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Art. L. 6145-4. – I. – Pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou des autres objectifs mentionnés au code de la sécurité sociale, en cas de révision de leur montant, ou en cas de révision des tarifs des prestations mentionnées au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé demande aux directeurs des établissements de modifier leur état des prévisions de recettes et de dépenses prenant en compte, le cas échéant, les éléments suivants :

1° Une modification des éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

2° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du même code ;

2° L'article L. 6145-4 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 162-22-10 » sont insérés les mots : « ou au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;

b) Au 2°, après la référence : « L. 162-22-14 » sont insérés les mots : « et au II de l'article L. 162-23-8 » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

3° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.

c) Il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code. »

II. – Lorsqu'il apparaît que l'évolution de l'activité réelle de l'établissement ou du niveau de ses dépenses constatées sont manifestement incompatibles avec le respect de son état des prévisions de recettes et de dépenses, le directeur général de l'agence régionale de santé demande au directeur de l'établissement de modifier cet État en tenant compte de l'écart entre l'activité réelle et l'activité prévisionnelle ou de l'écart entre les dépenses constatées et les dépenses prévisionnelles prises en compte lors de la fixation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

III. – À défaut de décision du directeur de l'établissement sur la modification mentionnée au I ou II ci-dessus, le directeur général de l'agence régionale de santé modifie l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

III. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes :

A – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1° de cet article peut être différencié entre les établissements des a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code d'une part, et les établissements des d et e de ce même article d'autre part.

B – Par dérogation aux dispositions des articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.

Le coefficient de transition mentionné à l'alinéa précédent est calculé pour chaque établissement pour prendre en compte l'impact sur ses recettes d'assurance maladie des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1^{er} mars 2017 et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.

L'État fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à un peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels le coefficient de transition est supérieur à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.

La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application des dispositions relatives au coefficient de transition.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

C – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4° l'article L. 162-22 du même code, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnés ci-dessus.

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

L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 du même code dans les conditions prévues au B du III du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard au 1^{er} mars 2020 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code.

IV. – Du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016, par dérogation aux dispositions des articles L. 162-22-2 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, une part du montant des objectifs mentionnés aux mêmes articles est affectée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à la constitution d'une dotation. Cette dotation participe au financement des missions d'intérêt général exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du même code dans le cadre de leur activité de soins de suite et de réadaptation.

Les engagements des établissements de santé sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :

– la liste des missions financées par cette dotation ;

– le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent IV et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.

Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement. Ces dotations sont versées aux établissements, dans les conditions fixées par décret, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

V. – Du 1^{er} janvier 2016 au 28 février 2017, un montant afférant aux dépenses relatives à la consommation de

Texte en vigueur

—

Texte du projet de loi

—

Propositions de la Commission

—

molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.

Article 49 bis

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} octobre 2016, un rapport relatif au développement et à la valorisation des consultations pluri-disciplinaires au sein des établissements de santé. Il a notamment pour objet d'évaluer l'amélioration de la prise en charge de ces consultations au regard des économies induites par leur développement.

Amendement AS388

Article 49 ter

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2016, un rapport portant sur la prise en charge de l'ensemble des frais directs ou indirects liés à une pathologie cancéreuse et sur les restes à charge des patients, notamment liés à une chirurgie réparatrice, par exemple dans les cas de cancers du sein.

Amendement AS361

Article 50

I. – L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – Au premier alinéa, les mots : « En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-4 » sont remplacés par les mots : « Lorsqu'il constate que les pratiques ou les prescriptions d'un établissement de santé ne sont pas conformes à l'un des référentiels mentionnés à l'article

Article 50

(Sans modification)

Code de la sécurité sociale

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. 162-30-4, 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

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

du contrôle médical placé près 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 par un établissement de santé. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret.

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, de prestations ou de 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 à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 162-30-4.

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

L. 162-30-3 ou lorsque l'établissement est identifié en application du plan d'actions ».

B. – À l'avant-dernier alinéa, les mots : « l'avant-dernier alinéa du II de » sont supprimés.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

en charge des actes, prestations et prescriptions précités.

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

II. – À l'article L. 162-22-7 du même code, les deuxième à cinquième alinéas du I sont supprimés et le II est abrogé.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

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

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

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

Art. L. 162-30-2. – I. – Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, et sur recommandation du conseil de

III. – Les articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. L. 162-30-2. – Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins est conclu avec le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et avec chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique. Il a pour objet

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'hospitalisation, l'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6.

II. – L'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel de prescription, par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6, des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et appartenant au répertoire des groupes génériques mentionné au b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. Ce taux est arrêté sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, sur la base de l'analyse de l'évolution nationale annuelle du nombre d'unités de conditionnement de ces médicaments rapporté au nombre d'unités de conditionnement des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6.

III. – Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle ou que le taux de prescription des médicaments mentionnés au II du présent article affiche une valeur inférieure au taux prévisionnel mentionné au même II, non justifiée au regard de l'activité ou de la patientèle de l'établissement, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et

d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions, et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.

« Ce contrat comporte :

« 1° Un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et prestations ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et les produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, d'une durée de trois ans.

Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment, en fonction du ou des manquements constatés aux objectifs respectivement définis au I et au II :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, de l'établissement, corrélée à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux d'évolution des dépenses de médicaments fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;

1° bis Un objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 et appartenant au répertoire des groupes génériques, résultant des prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement, corrélé à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux prévisionnel mentionné au II du présent article ;

« 2° Le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou ne respectant pas, sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins, de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3.

« Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée limitée d'au maximum cinq années. Il prévoit, conformément à un contrat-type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les obligations respectives des parties signataires, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluations. En l'absence de contrat-type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat-type régional.

« En cas de refus par un établissement de santé de conclure ce contrat ou l'un de ses volets, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. La somme de cette sanction et de celles mentionnées à l'article L. 162-30-3 ne peut être supérieure à 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie. En cas de refus de conclure les volets relatifs aux

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

2° Et, dans tous les cas, un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste.

IV. – En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas atteint son objectif mentionné au 1° bis du III du présent article, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations,

produits de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider de réduire à hauteur de 70 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

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

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses correspondant à l'écart entre le taux réalisé de prescription, par les médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement, de médicaments mentionnés au II et l'objectif de progression du volume de prescription desdits médicaments prévu au contrat.

Le cas échéant, les montants des versements définis aux deuxième et troisième alinéas du présent IV peuvent se cumuler, dans la limite définie au premier alinéa.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses mentionnées au I ou par rapport à l'objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au II, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

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

Art. L. 162-30-3. – I. – Les établissements de santé qui exercent les activités mentionnées 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.

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 moyen d'indicateurs dont les valeurs limites sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Art. L. 162-30-3. – L'État arrête, sur la base de l'analyse nationale ou régionale des dépenses d'assurance maladie et des recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins, de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant. Ils peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, dès lors qu'elles sont prescrites ou dispensées au sein d'un établissement de santé. Ils peuvent être nationaux ou régionaux.

« 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, précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant conclure un

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 de signer un 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 de la part des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos.

III. – 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 d'amélioration des pratiques et mentionnés au troisième alinéa du I, la durée maximale du contrat et les modalités de calcul des pénalités

volet additionnel au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2.

« Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des médecins y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'État ou en application du plan d'actions régional susmentionné, elle peut proposer à cet établissement de conclure un avenant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2.

« Les modalités d'élaboration du plan d'actions, les catégories d'actes, prestations, ou prescriptions qui font l'objet de ces contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

mentionnées au II.

Art. L. 162-30-4. – 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.

Le 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. Ces critères tiennent compte de la situation des établissements au regard des moyennes régionales ou nationales de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ou au regard des moyennes de prescription de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation.

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

« Art. L. 162-30-4. – La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non réalisation ou de réalisation partielle de ces objectifs, le directeur général 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, prononcer une sanction financière proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite, pour chaque volet du contrat, de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos, et dans la limite totale pour l'ensemble des volets de 5 % de ces produits par an.

« La non réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peuvent également donner lieu à mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions, dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-17, ou, lorsqu'il s'agit de manquements relatifs à des produits de santé, à la réduction, dans la limite de 30 % et en tenant compte des manquements constatés, de la part prise en charge par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 en lieu et place de la sanction mentionnée à l'alinéa précédent. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. »

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

santé identifiés dans le cadre du plan d'actions défini au I du présent article 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.

Il 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 :

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, de prestations ou de 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 versés par les régimes obligatoires d'assurance maladie à 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

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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.

III. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités selon lesquelles est évaluée la réalisation des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins.

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

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux ou que ces dépenses dépassent un montant fixé par arrêté, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.

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

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement actualisé par avenant ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières reposant notamment sur une analyse des prescriptions des praticiens exerçant dans l'établissement non conformes à l'exigence, prévue à l'article L. 321-1 du présent code, de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire.

En cas de refus de l'établissement de

IV. – L'article L. 322-5-5 du même code est abrogé.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

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

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

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

V. – Les dispositions des articles L. 162-30-2 et L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de la présente loi s'appliquent au lendemain de la publication du décret mentionné à l'article L. 162-30-2 pour les nouveaux contrats et au plus tard au 1er janvier 2018.

Les contrats conclus avant la publication du décret précité continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017.

Les dispositions de l'article L. 162-30-4 du même code dans sa rédaction issue du présent article s'appliquent au lendemain de la publication du décret mentionné à cet article pour les nouveaux contrats. Les contrats conclus avant la publication du décret précité continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017.

Texte en vigueur

Code de la sécurité sociale

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.

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.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Le premier alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque le prescripteur exerce dans un établissement de santé, la prise en charge est subordonnée au respect de l'obligation de mentionner sur chaque ordonnance le numéro du prescripteur au répertoire partagé des professionnels de santé. ».

Amendement AS389

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 51

Article 51

(Sans modification)

Art. L. 162-22-9. – I. – Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Cet objectif prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif commun ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 4° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations.

I. – La dernière phrase du II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « issues notamment des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique ».

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 6113-11. – Sont déterminées par décret en Conseil d'État les mesures réglementaires prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 et, sauf dispositions contraires et en tant que de besoin, les modalités d'application des autres dispositions du présent chapitre.

II. – Le chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6113-11 devient l'article L. 6113-14 ;

2° Après l'article L. 6113-10-2, sont insérés les articles L. 6113-11 à L. 6113-13 ainsi rédigés :

« Art. L. 6113-11. – Afin de disposer de données sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, des études nationales de coûts sont réalisées chaque année auprès d'établissements de santé relevant des catégories mentionnées aux a à d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

« Ces études portent sur des champs d'activités définis par décret en Conseil d'État.

« La réalisation de ces études est confiée à une personne publique désignée par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 6113-12. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent chaque année, sur proposition de la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6113-11 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, la liste des établissements de santé participant aux études nationales de coûts de l'année suivante.

« Cette liste est élaborée dans les conditions suivantes :

« 1° Un appel à candidature est réalisé par la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6113-11. Les établissements de santé ayant fait acte de candidature participent aux études nationales de coûts sous réserve qu'ils soient en capacité de fournir des données, notamment médicales et

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

comptables, nécessaires à leur réalisation. Dans le cas contraire, ils peuvent bénéficier d'un accompagnement en vue de préparer leur participation aux études nationales de coûts de l'année suivante ;

« 2° À l'issue de l'appel à candidature mentionné au 1°, lorsque la liste d'établissements sélectionnés est insuffisante pour disposer de données fiables sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6113-11 met en œuvre une procédure complémentaire de sélection d'établissements de santé dont la participation aux études nationales de coûts permettrait, en raison de leur statut ou de leurs activités, d'améliorer la fiabilité des coûts mesurés.

« Les établissements sélectionnés selon cette procédure complémentaire transmettent à la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6311-1 les informations permettant de s'assurer de leur capacité à fournir les données nécessaires à la réalisation des études nationales de coûts. Seuls les établissements étant en capacité de fournir de telles données participent aux études nationales de coûts. Les établissements qui ne remplissent pas cette condition peuvent bénéficier d'un accompagnement en vue de préparer leur participation aux études nationales de coûts de l'année suivante.

« En cas de refus par un établissement de santé sélectionné selon la procédure complémentaire de transmettre à la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6113-11 les informations mentionnées au précédent alinéa, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« Art. L. 6113-13. – Une convention est signée entre la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6113-11 et chaque établissement figurant sur la liste mentionnée à l'article

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

L. 6113-12.

« En cas de refus par un établissement de santé de signer cette convention, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« En contrepartie des moyens engagés par l'établissement pour produire les données nécessaires à la réalisation des études nationales de coûts, la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6113-11 assure à celui-ci un financement dans les conditions définies par la convention.

« En cas de non-respect de ses obligations contractuelles, l'établissement restitue les indemnités perçues dans les conditions définies par la convention. »

CHAPITRE IV

Autres mesures et objectifs financiers

Article 52

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

Art. L. 162-14-1. – I. – La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à

CHAPITRE IV

Autres mesures et objectifs financiers

Article 52

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;

4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;

5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 242-11, L. 612-1, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation

1° Le 5° de l'article L. 162-14-1 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « revenus tirés des activités non salariées réalisées », sont insérés les mots : « dans le cadre des activités de permanence des soins mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, et » ;

b) Les mots : « l'assiette et » sont remplacés par les mots : « les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;

6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.

II. – Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

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

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

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie.

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

2° L'article L. 612-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 612-3. – Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité défini par le présent titre une contribution à la charge des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1, dont le taux est égal à 3,25 %.

« Cette contribution est calculée et recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 sur la part des revenus d'activité professionnelle tirés :

« 1° Des dépassements mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1, au 18° de l'article L. 162-5 et à l'article L. 162-5-13 ;

« 2° Des activités ne relevant pas du champ des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1, à l'exception des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, et de la participation à la permanence des soins définie à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique. »

II. – Jusqu'au 1^{er} janvier 2018, la participation financière de l'assurance maladie prévue au 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du présent article est plafonnée, sauf en cas d'accord conclu à compter de la publication de la présente loi, à un montant calculé, pour chaque catégorie de revenus prise en compte dans les conventions mentionnées au même article, sur la base du taux des cotisations applicables à cette catégorie de revenus diminué de 0,1 point.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

III. – Le présent article est applicable aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016, y compris en ce qui concerne les cotisations calculées à titre provisionnel pour l'exercice 2016.

Pour l'année 2016 et par dérogation au taux prévu à l'article L. 612-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du présent article, le taux de la contribution définie au même article est fixé à 1,65 %.

Article 53

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 mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 307 millions d'euros pour l'année 2016.

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 87,5 millions d'euros pour l'année 2016.

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 15,2 millions d'euros pour l'année 2016.

IV. - Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 117,17 millions d'euros pour l'année 2016.

Article 53

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Article 54

Pour l'année 2016, 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 201,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 177,9 milliards d'euros.

Article 55

Pour l'année 2016, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

Cf. Annexe 1

**TITRE V
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
ORGANISMES CONCOURANT AU
FINANCEMENT DES RÉGIMES
OBLIGATOIRES**

Article 56

Pour l'année 2016, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

Cf. Annexe 1

**TITRE VI
MESURES COMMUNES AUX
DIFFÉRENTES BRANCHES**

Article 57

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

1° L'article L. 161-23-1 est ainsi modifié :

Article 54

(Sans modification)

Article 55

(Sans modification)

**TITRE V
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
ORGANISMES CONCOURANT
AU FINANCEMENT DES
RÉGIMES OBLIGATOIRES**

Article 56

(Sans modification)

**TITRE VI
MESURES COMMUNES AUX
DIFFÉRENTES BRANCHES**

Article 57

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui est fixé, au 1^{er} octobre de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances.

Si l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année considérée établie à titre définitif par l'Institut national de la statistique et des études économiques est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement du coefficient fixé au 1^{er} octobre de l'année suivante, égal à la différence entre cette évolution et celle initialement prévue.

Art. L. 341-6. – Les salaires servant de base au calcul des pensions et les pensions déjà liquidées sont revalorisés au 1^{er} avril de chaque année par application d'un coefficient de revalorisation égal à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, prévue pour l'année en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le coefficient de l'année précédente et le taux d'évolution de cette même année.

Art. L. 351-11. – Les cotisations et salaires servant de base au calcul des pensions sont revalorisés chaque année par application du coefficient annuel de revalorisation mentionné à l'article L. 161-23-1.

Art. L. 353-5. - Le conjoint survivant qui n'est pas titulaire d'un avantage personnel de vieillesse d'un régime de base obligatoire et qui satisfait à une condition d'âge a droit à une majoration forfaitaire de sa pension de réversion pour chaque enfant dont il a la charge au sens de l'article L. 313-3 et qui n'a pas atteint un âge déterminé.

Cette majoration n'est pas due lorsque

a) Les mots : « conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances » sont remplacés par les mots : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

b) Le second alinéa est abrogé ;

2° À l'article L. 341-6, les mots : « par application d'un coefficient de revalorisation égal à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, prévue pour l'année en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le coefficient de l'année précédente et le taux d'évolution de cette même année » sont remplacés par les mots : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

3° À l'article L. 351-11, les mots : « chaque année par application du coefficient annuel de revalorisation mentionné à l'article L. 161-23-1 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

le conjoint survivant bénéficie ou est susceptible de bénéficier de prestations pour charge d'enfant du chef du décès de l'assuré dans le régime obligatoire d'assurance vieillesse de base dont celui-ci relevait.

Elle est revalorisée suivant les modalités prévues par l'article L. 351-11.

Le bénéfice de cette majoration est supprimé lorsque l'une des conditions mentionnées au premier alinéa cesse d'être remplie, à l'exception de la condition d'âge exigée du titulaire.

Les dispositions du présent article s'appliquent également aux conjoints mentionnés aux articles L. 353-2 et L. 353-3.

Art. L. 356-2. – L'allocation de veuvage a un caractère temporaire ; son montant, révisé dans les mêmes conditions que les prestations servies en application des chapitres Ier à IV du titre V du présent livre, est unique.

Toutefois, des modalités particulières sont appliquées aux conjoints survivants ayant atteint, au moment du décès du conjoint, un âge déterminé.

Art. L. 434-1. – Une indemnité en capital est attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente inférieure à un pourcentage déterminé.

Son montant est fonction du taux d'incapacité de la victime et déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret dont les montants sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L. 351-11. Il est révisé lorsque le taux d'incapacité de la victime augmente tout en restant inférieur à un pourcentage déterminé.

Cette indemnité est versée lorsque la décision est devenue définitive. Elle est incessible et insaisissable.

4° Au troisième alinéa de l'article L. 353-5, les mots : « suivant les modalités prévues par l'article L. 351-11 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 356-2, les mots : « révisé dans les mêmes conditions que les prestations servies en application des chapitres Ier à IV du titre V du présent livre » sont remplacés par les mots : « revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

6° Au deuxième alinéa de l'article L. 434-1, les mots : « dans les conditions fixées à l'article L. 351-11 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 434-2. – Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.

Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.

La victime titulaire d'une rente, dont l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, a droit à une prestation complémentaire pour recours à tierce personne lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie. Le barème de cette prestation est fixé en fonction des besoins d'assistance par une tierce personne de la victime, évalués selon des modalités précisées par décret. Elle est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 341-6.

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

Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L. 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas

7° À l'article L. 434-2, la dernière phrase du troisième alinéa est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Elle est revalorisée au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales.

Art. L. 434-16. – La rente due aux ayants droit de la victime d'un accident mortel ou à la victime d'un accident ayant occasionné une réduction de capacité égale ou supérieure à un taux minimum ne peut être calculée sur un salaire annuel inférieur à un minimum déterminé d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité par les arrêtés pris en application de l'article L. 341-6 compte tenu des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 434-2.

Dans tous les cas où l'article L. 434-2 et les articles L. 434-7 et suivants déterminent en fonction du salaire annuel une rente individuelle ou collective, ou la limite assignée à l'ensemble des rentes dues aux ayants droit de la victime, le salaire annuel est le salaire réduit, le cas échéant, par application de l'alinéa suivant.

Lorsqu'il s'agit de la victime de l'accident, quelle que soit la réduction de capacité subie, si son salaire annuel est supérieur au salaire minimum déterminé à l'alinéa précédent, le calcul de la rente est effectué selon une formule dégressive dont les modalités sont déterminées par un décret en Conseil d'État.

Art. L. 434-17. – Les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité en application de l'article L. 341-6 sont applicables aux rentes mentionnées à l'article L. 434-15 et allouées en réparation d'accidents antérieurs à la date fixée par lesdits arrêtés.

Art. L. 551-1. – Le montant des prestations familiales est déterminé d'après des bases mensuelles de calcul revalorisées au 1^{er} avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne

8° Au premier alinéa de l'article L. 434-16, les mots : « d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité par les arrêtés pris en application de l'article L. 341-6 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} avril de chaque année d'après le coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

9° L'article L. 434-17 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 434-17. – Les rentes mentionnées à l'article L. 434-15 sont revalorisées au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

10° L'article L. 551-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par la commission visée à l'article L. 161-23-1.

prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par la commission visée à l'article L. 161-23-1 » sont remplacés par les mots : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

Si l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année considérée établie à titre définitif par l'Institut national de la statistique et des études économiques est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement du coefficient fixé au 1^{er} avril de l'année suivante, égal à la différence entre cette évolution et celle initialement prévue.

b) Le second alinéa est supprimé ;

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 1
Prestations de retraite de base.

11° La sous-section 1 de la section 3 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-11-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 723-11-2. – Le montant de la pension de retraite servie par le régime d'assurance vieillesse de base des avocats est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

Art. L. 816-2. – Les montants des allocations définies au présent titre et des plafonds de ressources prévus pour leur attribution sont revalorisés aux mêmes dates et selon les mêmes conditions que celles applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6.

12° À l'article L. 816-2, les mots : « des allocations définies au présent titre et des plafonds de ressources prévus pour leur attribution » sont remplacés par les mots : « de l'allocation définie à l'article L. 815-1 et des plafonds de ressources prévus pour son attribution » et les mots : « aux mêmes dates et selon les mêmes conditions que celles applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

13° Le premier alinéa de l'article L. 861-1 est ainsi modifié :

Art. L. 861-1. – Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret,

a) La première phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

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

plafond déterminé par décret et revalorisé au 1er avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. » ;

b) Il est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le montant du plafond est constaté par arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale. »

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 732-24. – Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui ont exercé à titre exclusif ou à titre principal une activité agricole non salariée ont droit à une pension de retraite qui comprend :

1° Une pension de retraite forfaitaire dont le montant maximal attribué pour une durée minimale d'activité agricole non salariée est égal à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés au 1^{er} janvier 2014 et est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. Lorsque la durée d'activité a été inférieure à cette durée minimale, le montant de la retraite est calculé proportionnellement à cette durée ;

2° Une pension de retraite proportionnelle dont le montant est calculé en fonction des cotisations versées en application du 2° de l'article L. 731-42 ainsi que de la durée d'assurance et qui est revalorisée chaque année suivant les coefficients fixés en application de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

II. – Au 2° de l'article L. 732-24 et au 2° de l'article L. 762-29 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « chaque année suivant les coefficients fixés en application de » sont remplacés, à chacune de ces deux occurrences, par les mots : « dans les conditions prévues à ».

Art. L. 762-29. – Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui ont

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

exercé à titre exclusif ou à titre principal une activité non salariée agricole ont droit à une pension de retraite qui comprend :

1° Une pension de retraite forfaitaire dont le montant maximal attribué pour une durée minimale d'activité non salariée agricole est égal à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés au 1^{er} janvier 2014 et est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale ; lorsque la durée d'activité a été inférieure à cette durée minimale, le montant de la retraite est calculé proportionnellement à cette durée ;

2° Une pension de retraite proportionnelle dont le montant est calculé en fonction des cotisations versées en application du 2° de l'article L. 731-42 ainsi que de la durée d'assurance et qui est revalorisée chaque année suivant les coefficients fixés en application de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

Article 58

Article 58

Code de la sécurité sociale

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

(Sans modification)

Livre I^{er}
Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
Titre II
Administration, fonctionnement et personnel des organismes
Chapitre II
Directeur et agent comptable

1° Après le chapitre II du titre II du livre I^{er}, il est inséré un chapitre II bis ainsi rédigé :

« Chapitre II bis

« Organisation et gestion des missions et activités

« Art. L. 122-6. – I. – Les conseils d'administration des organismes nationaux définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant de la branche ou du régime concerné.

« Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche ou du régime la réalisation de missions ou d'activités

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

relatives à la gestion des organismes, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.

« Les modalités de mise en œuvre sont fixées par convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux, sauf en ce qui concerne le traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites qui sont précisés par décret. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.

« II. – Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations, notamment agir en demande et en défense devant les juridictions. Il peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.

« III. – L'union de recouvrement désignée peut assurer pour le compte d'autres unions des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.

« IV. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

« Art. L. 122-7. – Les directeurs des organismes locaux ou régionaux peuvent déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions ou activités liées à leur gestion, par convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de la ou des branches concernées.

« Lorsque la mutualisation inclut des activités comptables, financières ou de contrôle relevant de l'agent comptable, la convention est signée par les agents comptables des organismes concernés.

Texte en vigueur

—

Texte du projet de loi

—

Propositions de la Commission

—

Art. L. 216-2-1. – I. – Les conseils d'administration des organismes nationaux mentionnés aux articles L. 222-1, L. 223-1 et L. 225-1 définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant de la branche concernée.

Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations et au recouvrement.

Les modalités de mise en œuvre sont fixées par convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux, sauf en ce qui concerne le traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites qui sont précisés par décret. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.

II. – Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations, notamment agir en demande et en défense devant les juridictions. Il peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes

« Art. L. 122-8. – Les directeurs d'organismes nationaux peuvent confier à un ou plusieurs organismes de sécurité sociale d'une autre branche ou d'un autre régime, des missions ou activités relatives à la gestion des organismes de leur réseau, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.

« Les modalités de mise en œuvre sont fixées par une convention signée par les directeurs des organismes nationaux concernés, sauf en ce qui concerne le traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites qui sont précisés par décret. » ;

2° Les articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 sont abrogés ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

locaux ou régionaux.

III. – L'union de recouvrement désignée peut assurer pour le compte d'autres unions des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.

IV. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées, en tant que de besoin, par décret.

Art. L.216-2-2. – Les directeurs des organismes locaux ou régionaux peuvent déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions liées à leur gestion, par convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de la ou des branches concernées.

3° Après l'article L. 611-9, il est inséré un article L. 611-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 611-9-1. – Les caisses de base appelées à fusionner en application des dispositions de l'article L. 611-9 peuvent décider d'établir un budget unique et une comptabilité des opérations budgétaires unique. Le choix de tenir une comptabilité unique peut être également étendu à tout ou partie des opérations techniques réalisées dans le cadre des dispositions de l'article L. 611-11.

« Le directeur de la caisse nationale désigne, parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'élaborer et d'exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique. Il désigne également, parmi les agents comptables des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'établir le compte unique.

« Le budget unique et le compte unique sont approuvés par chacun des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner.

« Les modalités de mise en œuvre des décisions du premier alinéa sont fixées par convention établie selon un modèle type fixé par la caisse nationale, entre les caisses de base concernées, signée par leurs directeurs et agents comptables, après avis de leurs conseils d'administration, et

Texte en vigueur

—

Livre I^{er}
Généralités – Dispositions communes à tout
ou partie des régimes de base
Titre I^{er}
Généralités
Chapitre IV ter
Contrôle et lutte contre la fraude

Art. L. 114-9. – Les directeurs des organismes de sécurité sociale, ainsi que les directeurs des organismes admis à encaisser des cotisations ou à servir des prestations au titre des régimes obligatoires de base sont tenus, lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires. Ils transmettent à l'autorité compétente de l'État le rapport établi à l'issue des investigations menées.

L'organisme local d'assurance maladie informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en œuvre de la procédure visée au présent article.

Les organismes nationaux des différents régimes suivent les opérations réalisées par les organismes mentionnés au premier alinéa. Ils en établissent annuellement une synthèse qui est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en définit le contenu et le calendrier d'élaboration.

Lorsqu'à l'issue des investigations prévues au présent article une fraude est constatée pour un montant supérieur à un seuil fixé par décret, les organismes visés au premier alinéa portent plainte en se constituant partie civile. En ce cas, ils sont dispensés de la consignation prévue à l'article 88 du code de procédure pénale.

Les organismes nationaux sont avisés par l'organisme de sécurité sociale de cette fraude et de la suite donnée. À défaut de

Texte du projet de loi

—

validation conjointe par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale. »

Article 59

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 114-9 dans sa première occurrence, au premier alinéa des articles L. 114-10 et L. 114-11, ainsi qu'au 1° de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « chargés de la gestion d'un régime obligatoire » ;

Propositions de la Commission

—

Article 59

(Sans modification)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

plainte avec constitution de partie civile de l'organisme lésé, les organismes nationaux peuvent agir, en son nom et pour son compte, à l'expiration d'un délai d'un mois après une mise en demeure de ce dernier restée infructueuse. Les organismes nationaux peuvent aussi déposer plainte avec constitution de partie civile au nom et pour le compte d'un ou plusieurs organismes de sécurité sociale qui les mandatent à cette fin.

Art. L. 114-10. – (voir infra)

Art. L. 114-11. – Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes de sécurité sociale, les services de l'État chargés des affaires consulaires ainsi que l'établissement mentionné à l'article L. 452-1 du code de l'éducation se communiquent toutes informations qui sont utiles :

1° À l'appréciation et au contrôle des conditions d'ouverture ou de service des prestations et des aides qu'ils versent ;

2° Au recouvrement des créances qu'ils détiennent ;

3° Aux vérifications par les autorités consulaires des conditions de délivrance des documents d'entrée et de séjour sur le territoire français.

Les constatations relatives à la situation de fait des assurés sociaux résidant hors de France ou à des soins reçus hors de France faites à la demande des organismes de sécurité sociale par des personnes physiques ou morales agréées par l'autorité consulaire française font foi jusqu'à preuve du contraire.

Art. L. 114-19. – Le droit de communication permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires :

1° Aux agents des organismes de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ;

2° Aux agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime pour accomplir leurs missions de

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

contrôle définies aux mêmes articles et leur mission de lutte contre le travail dissimulé définie à l'article L. 324-12 du code du travail ;

3° Aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale pour recouvrer les prestations versées indûment à des tiers.

Le droit prévu au premier alinéa s'exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s'accompagner de la prise immédiate d'extraits et de copies.

Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit dans les trente jours qui suivent la réception de la demande.

Le refus de déférer à une demande relevant du présent article est puni d'une amende de 7 500 €.

Ce délit peut faire l'objet de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale prévue aux articles 495 à 495-6 du code de procédure pénale.

Art. L. 114-10. – Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

Lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, un agent chargé du contrôle peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant

2° L'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « ou par arrêté du ministre chargé de l'agriculture » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches du régime général.

Les modalités de cette coopération sont définies par décret.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux agents mentionnés à l'article L. 243-7.

Code rural et de la pêche maritime

Livre VII
Dispositions sociales
Titre II

Organisation générale des régimes de protection sociale des professions agricoles
Chapitre IV
Contrôles

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.

b) Au troisième alinéa, les mots : « du régime général » sont remplacés par les mots : « et différents régimes de la sécurité sociale » ;

c) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme, concernant l'attribution des prestations dont il a la charge. » ;

d) Le dernier alinéa est supprimé.

II. – Le chapitre IV du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 724-7, les mots : « ainsi que de celles des articles L. 732-56 et suivants » sont remplacés par les mots : « , le contrôle de l'application des dispositions des articles L. 732-56 et suivants, ainsi que le contrôle des mesures d'action sanitaire et sociale visées aux articles L. 726-1 et L. 726-3 du présent code » ;

2° L'article L. 724-11 est ainsi

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 724-11 – Les agents de contrôle assermentés des caisses de mutualité sociale agricole peuvent interroger les salariés agricoles pour connaître leurs nom, adresse, emploi, le montant de leur rémunération et celui des retenues effectuées sur leur salaire au titre des assurances sociales.

Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, les personnes mentionnées au 5° de l'article L. 722-10, les titulaires d'allocations ou de pension de retraite mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 722-13 ainsi que tous les employeurs de salariés agricoles sont tenus de recevoir, à toute époque, les agents de contrôle assermentés des caisses de mutualité sociale agricole qui se présentent pour assurer l'exercice de leurs missions et de leur présenter tous documents nécessaires à l'exercice de leur contrôle.

Ces dispositions concernent également, pour l'application des dispositions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles des salariés agricoles, les agents chargés du contrôle de la prévention

Les agents de contrôle mentionnés au premier alinéa doivent communiquer, le cas échéant, leurs observations à l'employeur en l'invitant à y répondre dans un délai déterminé.

À l'expiration de ce délai, ils transmettent au directeur de la caisse de mutualité sociale agricole leurs observations accompagnées de la réponse éventuelle de l'intéressé.

Art. L. 725-14. – Les organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 sont soumis au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions et selon les modalités qui sont fixées par un décret en Conseil d'État.

Art. L. 725-15. – Le ministre chargé

modifié :

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

« Les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole peuvent interroger les cotisants, les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants-droit pour connaître leurs nom, adresse, emploi, le montant de leur revenu ainsi que toute information utile à l'exercice de leur mission.

« Les cotisants, les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants-droit sont tenus de recevoir les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole qui se présentent pour assurer l'exercice de leurs missions et de leur présenter tous documents nécessaires à l'exercice de leur contrôle ou enquête. » ;

b) Le quatrième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« À l'issue du contrôle, les agents mentionnés au premier alinéa doivent communiquer leurs observations aux personnes contrôlées, au titre des cotisations et contributions dues, en les invitant à y répondre dans un délai déterminé. » ;

3° Les articles L. 725-14 et L. 725-15 sont abrogés.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

de l'agriculture peut prendre toutes mesures de contrôle et de redressement jugées utiles à l'égard des organismes dont la situation est déficitaire. Il peut poursuivre les administrateurs, en cas de faute lourde et personnelle, comme civilement responsables de leur mauvaise gestion.

Code de commerce

Article 60

Article 60

Livre VI
Des difficultés des entreprises
Titre IV
De la liquidation judiciaire et du rétablissement professionnel

Le titre IV du livre VI du code de commerce est ainsi modifié :

(Sans modification)

Art. L. 643-11. – I. – Le jugement de clôture de liquidation judiciaire pour insuffisance d'actif ne fait pas recouvrer aux créanciers l'exercice individuel de leurs actions contre le débiteur. Il est fait exception à cette règle :

1° Le I de l'article L. 643-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

1° Pour les actions portant sur des biens acquis au titre d'une succession ouverte pendant la procédure de liquidation judiciaire ;

2° Lorsque la créance trouve son origine dans une infraction pour laquelle la culpabilité du débiteur a été établie ou lorsqu'elle porte sur des droits attachés à la personne du créancier.

« 3° Lorsque la créance a pour origine des manœuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale énumérés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale. L'origine frauduleuse de la créance est établie soit par une décision de justice, soit par une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du même code. » ;

II. – Les coobligés et les personnes ayant consenti une sûreté personnelle ou ayant affecté ou cédé un bien en garantie peuvent poursuivre le débiteur s'ils ont payé à la place de celui-ci.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 645-11. – La clôture de la procédure de rétablissement professionnel entraîne effacement des dettes à l'égard des créanciers dont la créance est née antérieurement au jugement d'ouverture de la procédure, a été portée à la connaissance du juge commis par le débiteur et a fait l'objet de l'information prévue à l'article L. 645-8. Ne peuvent être effacées les créances des salariés, les créances alimentaires et les créances mentionnées aux 1° et 2° du I et au II de l'article L. 643-11. Les dettes effacées sont mentionnées dans le jugement de clôture.

2° Au premier alinéa de l'article L. 645-11, les mots : « 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « 1°, 2° et 3° ».

Article 61

Article 61

I. – Après l'article L. 8271-6-2 du code du travail, il est inséré un article L. 8271-6-3 ainsi rédigé :

(Sans modification)

« Art. L. 8271-6-3. – Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 peuvent transmettre aux agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure, tous renseignements et tous documents permettant à ces derniers d'assurer le contrôle des personnes exerçant les activités privées de sécurité pour tirer les conséquences d'une situation de travail illégal.

« Les agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure peuvent transmettre aux agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du présent code tous renseignements et documents nécessaires à leur mission de lutte contre le travail illégal. »

Code de la sécurité intérieure

Livre VI
Activités privées de sécurité
Titre III
Conseil nationale des activités privées de sécurité

II. – Le titre III du livre VI du code de la sécurité intérieure est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 634-3, il est inséré un article L. 634-3-1 ainsi rédigé :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 642-1. – Pour l'application du présent livre à Mayotte :

1° Les références au représentant de l'État dans le département sont remplacées par la référence au représentant de l'État dans le Département de Mayotte ;

2° Les références au département sont remplacées par la référence au Département de Mayotte ;

3° Les mots : « registre du commerce et des sociétés » sont remplacés par les mots : « répertoire local des entreprises » ;

4° Au 5° de l'article L. 612-16 et au 6° de l'article L. 622-14, les mots : « code du travail » sont remplacés par les mots : « code du travail applicable à Mayotte » ;

5° Au 4° de l'article L. 612-20 et au 2° de l'article L. 622-19, après les mots : « territoire national », la fin de l'alinéa est supprimée ;

6° Aux articles L. 612-21 et L. 622-20, les mots : « à l'article L. 1234-9 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 122-22 du code du travail applicable à Mayotte » et les mots : « à l'article L. 5421-1 de ce code » sont remplacés par les mots : « par les dispositions en vigueur dans le Département de Mayotte relatives au revenu de remplacement » ;

7° Aux articles L. 611-2 et L. 623-1, les mots : « aux articles L. 1221-13 et L. 1221-15 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 620-3 du code du travail applicable à Mayotte » et les mots : « aux articles L. 3171-3, L. 8113-4 et L. 8113-5 du même code » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 610-8 du code du travail applicable à Mayotte » ;

« Art. L. 634-3-1. – Les dispositions applicables aux échanges d'informations entre les agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité et les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail sont définies à l'article L. 8271-6-3 de ce même code. » ;

2° Après le 7° de l'article L. 642-1, il est inséré un 7° bis ainsi rédigé :

« 7° bis À l'article L. 634-3-1, les

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

8° À l'article L. 634-3, les mots : « à l'article L. 1221-13 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 620-3 du code du travail applicable à Mayotte ».

Art. L. 645-1. – Le titre Ier, à l'exception de l'article L. 613-10, le titre II bis, et le titre III sont applicables en Polynésie française sous réserve des adaptations suivantes :

1° La référence au département est remplacée par la référence à la Polynésie française ;

2° La référence au représentant de l'État dans le département est remplacée par la référence au haut-commissaire de la République en Polynésie française ;

3° En Polynésie française, la commission régionale d'agrément et de contrôle est dénommée « commission locale d'agrément et de contrôle » ;

3° bis. À l'article L. 611-1, les mots : « La Poste » sont remplacés par les mots : « l'Office des postes et des télécommunications de Polynésie française » ;

4° Au 2° de l'article L. 612-1 et au 4° de l'article L. 612-7, les mots : « ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen », au 1° de l'article L. 612-7, les mots : « ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen », au deuxième alinéa de l'article L. 612-11, les mots : « ou l'État partie à l'accord sur l'Espace économique européen » et à l'article L. 612-24, les mots : « ou de l'État partie à l'accord sur l'Espace économique européen » sont supprimés ;

4° bis Au premier alinéa de l'article L. 612-2, les références : « L. 613-8 à L. 613-11 » sont remplacées par les références : « L. 613-8, L. 613-9 et L. 613-11 » ;

5° Au 5° de l'article L. 612-16, les mots : « du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile » sont remplacés

mots : « à l'article L. 8271-1-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du code du travail applicable à Mayotte » ;

3° Après le 11° de l'article L. 645-1, il est inséré un 11° bis ainsi rédigé :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

par les mots : « de l'ordonnance n° 2000-372 du 26 avril 2000 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en Polynésie française » et les mots : « celles du code du travail » sont remplacés par les mots : « celles relatives aux contrat de travail, salaire, conditions de travail, repos et congés, emploi, embauche de la main d'œuvre étrangère, obligations des employeurs, conformément aux dispositions applicables localement » ;

6° À l'article L. 612-20 :

a) Le 4° est ainsi rédigé :

« 4° Pour un ressortissant étranger, s'il ne dispose pas d'un titre de séjour lui permettant d'exercer une activité sur le territoire de la Polynésie française et s'il ne dispose pas d'une autorisation de travail prévue par les dispositions applicables localement ; » ;

b) Au neuvième alinéa, les mots : « prévues à l'article L. 214-1 du code rural et de la pêche maritime » sont remplacés par les mots : « applicables localement » ;

7° À l'article L. 612-21, les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 1234-9 du code du travail » et les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 5421-1 de ce code » sont remplacés par les mots : « conformément aux dispositions applicables localement » ;

8° Au deuxième alinéa de l'article L. 613-7, les mots : « des articles L. 214-2 et L. 214-3 du code rural et de la pêche maritime » sont remplacés par les mots : « des dispositions applicables localement » ;

9° L'article L. 614-1 est complété par les mots : « dans sa rédaction applicable en Polynésie française » ;

10° À l'article L. 611-2, les mots : « prévu aux articles L. 1221-13 et L. 1221-15 du code du travail » sont remplacés par les mots : « conformément aux dispositions applicables localement » et les mots : « mentionnés aux articles L. 3171-3, L. 8113-4 et L. 8113-5 du même code » sont remplacés par les mots : « obligatoires aux termes des dispositions applicables localement » ;

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

11° À l'article L. 617-16, le deuxième alinéa est supprimé ;

« 11° bis À l'article L. 634-3-1, les mots : « agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement » » ;

12° À l'article L. 634-2 :

a) Au premier alinéa, les mots : « tribunal de grande instance » sont remplacés par les mots : « tribunal de première instance » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « aux dispositions des articles 493 à 498 du code de procédure civile » sont remplacés par les mots : " aux dispositions de la section IV du chapitre V du titre VII du livre Ier du code de procédure civile de Polynésie française » ;

13° À l'article L. 634-3, les mots : « prévu à l'article L. 1221-13 du code du travail » sont remplacés par les mots : « conformément aux dispositions applicables localement » ;

14° Les montants exprimés en euros sont applicables en Polynésie française sous réserve de leur contre-valeur en monnaie locale.

Art. L.646-1. - Le titre Ier, à l'exception des articles L. 613-10 et L. 613-11, le titre II bis et le titre III sont applicables en Nouvelle-Calédonie sous réserve des adaptations suivantes :

1° La référence au département est remplacée par la référence à la Nouvelle-Calédonie ;

2° La référence au représentant de l'État dans le département est remplacée par la référence au haut-commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie ;

3° En Nouvelle-Calédonie, la commission régionale d'agrément et de contrôle est dénommée « commission locale d'agrément et de contrôle » ;

4° À l'article L. 611-1, les mots : « La Poste » sont remplacés par les mots :

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« l'Office des postes et des télécommunications de Nouvelle-Calédonie » ;

12° À l'article L. 617-16, le deuxième alinéa est supprimé ;

13° À l'article L. 634-2 :

a) Au premier alinéa, les mots : « tribunal de grande instance » sont remplacés par les mots : « tribunal de première instance » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « aux dispositions des articles 493 à 498 du code de procédure civile » sont remplacés par les mots : « aux dispositions de la sous-section 3 du titre XIV du livre I^{er} du code de procédure civile de Nouvelle-Calédonie » ;

14° À l'article L. 634-3, les mots : « prévu à l'article L. 1221-13 du code du travail » sont remplacés par les mots : « conformément aux dispositions applicables localement » ;

15° Les montants exprimés en euros sont applicables en Nouvelle-Calédonie sous réserve de leur contre-valeur en monnaie locale.

Art. L. 647-1. – Le titre I^{er}, à l'exception des articles L. 613-10 et L. 613-11, le titre II bis et le titre III sont applicables dans les îles Wallis et Futuna sous réserve des adaptations suivantes :

1° La référence au département est remplacée par la référence aux îles Wallis et Futuna ;

11° À l'article L. 617-16, le deuxième

4° Après le 12° de l'article L. 646-1, il est inséré un 12° bis ainsi rédigé :

« 12° bis À l'article L. 634-3-1, les mots : « agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement » ;

5° Après le 11° de l'article L. 647-1,

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

alinéa est supprimé ;

il est inséré un 11° bis ainsi rédigé :

12° Au premier alinéa de l'article L. 634-2, les mots : « tribunal de grande instance » sont remplacés par les mots : « tribunal de première instance »;

« 11° bis À l'article L. 634-3-1, les mots : « agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement » ».

13° À l'article L. 634-3, les mots : « prévu à l'article L. 1221-13 du code du travail » sont remplacés par les mots : « conformément aux dispositions applicables localement » ;

14° Les montants exprimés en euros sont applicables dans les îles Wallis et Futuna sous réserve de leur contre-valeur en monnaie locale.

III. – Après l'article L. 313-6 du code du travail applicable à Mayotte, il est inséré un article L. 313-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-7. – Les agents de contrôle mentionnés aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du présent code peuvent transmettre aux agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure, tous renseignements et tous documents permettant à ces derniers d'assurer le contrôle des personnes exerçant les activités privées de sécurité pour tirer les conséquences d'une situation de travail illégal.

« Les agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure peuvent transmettre aux agents de contrôle mentionnés aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du présent code tous renseignements et documents nécessaires à leur mission de lutte contre le travail illégal. »

Texte en vigueur

—

Code de la sécurité sociale

Art. L. 114-16-1. – Les agents de l'État ou des organismes de protection sociale, mentionnés à l'article L. 114-16-3, sont habilités à s'échanger tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale énumérées à l'article L. 114-16-2, ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment.

Les agents des services préfectoraux désignés par arrêté préfectoral sont habilités à transmettre aux agents mentionnés à l'article L. 114-16-3 tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement par ceux-ci de leur mission de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale visées à l'article L. 114-16-2, ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment.

Texte du projet de loi

—

IV. – L'article L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les agents des services mentionnés à l'article L. 811-2 du code de la sécurité intérieure ou des services désignés par le décret en Conseil d'État prévu à l'article L. 811-4 du même code sont habilités à transmettre aux agents mentionnés à l'article L. 114-16-3 du présent code les informations strictement utiles à l'accomplissement de leurs missions, lorsque la transmission de ces informations participe directement à la poursuite l'une des finalités prévues à l'article L. 811-3 du code de la sécurité intérieure. »

V. – Le 1° du II du présent article est applicable en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et dans les îles Wallis et Futuna.

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 2016

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2014, 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	186,7	193,2	-6,5
Vieillesse	219,1	219,9	-0,8
Famille	56,3	59,0	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,8	13,1	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	462,8	472,1	-9,3

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	161,9	168,4	-6,5
Vieillesse	115,6	116,8	-1,2
Famille	56,3	59,0	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,3	11,6	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	334,1	343,8	-9,7

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	17,2	20,6	-3,5

Propositions de la Commission

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

Article 1^{er}

(Sans modification)

Texte du projet de loi

Article 5

I. - Au titre de l'année 2015, 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	190,5	198,0	-7,5
Vieillesse	223,5	223,8	-0,2
Famille	52,8	54,4	-1,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,9	13,2	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	467,3	475,9	-8,6

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	166,6	174,1	-7,5
Vieillesse	119,9	120,5	-0,6
Famille	52,8	54,4	-1,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,4	11,8	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	339,3	348,3	-9,0

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	16,5	20,3	-3,8

Propositions de la Commission

Article 5

(Sans modification)

Texte du projet de loi

Article 6

Au titre de l'année 2015, 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	82,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
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	9,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,0
Autres prises en charge	1,6
Total	181,9

Article 26

Pour l'année 2016, 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	194,9	201,1	-6,2
Vieillesse	228,7	227,8	0,9
Famille	48,8	49,6	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,0	13,4	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	472,8	478,3	-5,6

Propositions de la Commission

Article 6

(Sans modification)

Article 26

(Sans modification)

Texte du projet de loi

Article 27

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	171,7	177,9	-6,2
Vieillesse	123,6	123,1	0,5
Famille	48,8	49,6	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,5	12,0	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	344,0	350,0	-6,0

Article 28

I. – Pour l'année 2016, 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	16,4	20,1	-3,7

II. – Pour l'année 2016, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 14,2 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2016, 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 27

(Sans modification)

Article 28

(Sans modification)

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

IV. – Pour l'année 2016, 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 29

I. – Sont habilités en 2016 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 - période du 1 ^{er} janvier au 31 juillet	40 000
Agence centrale des organismes de sécurité sociale - période du 1 ^{er} août au 31 décembre	30 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	3 950
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines – période du 1 ^{er} au 31 janvier	1 050
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines – période du 1 ^{er} février au 31 décembre	350
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	350
Caisse nationale des industries électriques et gazières	250

II. – Le 1^o de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et au régime d'assurance vieillesse du régime spécial de sécurité sociale dans les mines ».

Article 29

(Sans modification)

Texte du projet de loi

Article 55

Pour l'année 2016, 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	84,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	58,1
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,3
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,7
Total	185,2

Article 56

Pour l'année 2016, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	20,1

Propositions de la Commission

Article 55

(Sans modification)

Article 56

(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 2016

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

ANNEXE A

ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2014, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT A 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 CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2014

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2014, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT A 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 CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2014

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2014

(Sans modification)

(en milliards d'euros)

PASSIF	2014	2013
Capitaux propres	-110,7	-110,9
Dotations	29,2	30,9
Régime général	0,6	0,6
Autres régimes	4,5	4,2
Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	23,9	26,0
Réserves	12,1	10,3
Régime général	2,6	2,6
Autres régimes	5,5	5,5
FRR	4,1	2,2
Report à nouveau	-156,9	-152,6
Régime général	-10,0	-4,3
Autres régimes	-3,8	-3,0
CADES	-143,1	-145,4
Résultat de l'exercice	1,4	-1,6
Régime général	-9,6	-12,5
Autres régimes	0,4	-0,6
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	-3,5	-2,9
CADES	12,7	12,4
FRR	1,4	1,9
Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FFR en valeur de marché)	3,4	2,1

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Provisions pour risques et charges	15,0	20,4
Passif financier	179,9	173,4
Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, euro paper commerciaux)	162,5	159,8
Régime général	24,2	20,5
CADES	138,2	139,3
Dettes à l'égard d'établissements de crédits	12,4	11,2
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) (prêts Caisse des dépôts et consignations)	6,0	3,0
Régime général (ordres de paiement en attente)	4,6	4,6
Autres régimes	0,8	2,6
CADES	1,0	1,0
Dépôts reçus	1,9	2,2
ACOSS	1,9	2,2
Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,0
ACOSS	0,2	0,0
Autres		0,2
Autres régimes		0,1
CADES		0,1
Passif circulant	51,0	43,8
Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	27,1	20,0
Dettes à l'égard des cotisants	1,2	1,2
Dettes à l'égard d'entités publiques	9,6	8,7
Autres passifs	13,1	13,8
Total du passif	135,2	126,8

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 110,7 milliards d'euros au 31 décembre 2014, soit l'équivalent de 5,2 points de PIB. Après la forte dégradation consécutive à la crise économique des années 2008-2009, ce passif net connaît pour la première fois en 2014 une légère amélioration, qui reflète essentiellement la poursuite de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV (12,8 milliards d'euros en 2014 contre 16,0 milliards d'euros en 2013 et 19,2 milliards d'euros en 2012) et de l'amortissement de la dette portée par la CADES (12,7 milliards d'euros en 2014 contre 12,4 en 2013).

Cette amélioration se traduit en particulier par le constat, pour la première fois en 2014, d'un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus, avec un excédent de 1,4 milliards d'euros contre un déficit de 1,6 milliards d'euros en 2013.

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, s'établit donc à un niveau proche de celui-ci et en suit les tendances, corrigées des effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui pèsent également sur la trésorerie. Du fait de l'augmentation du besoin en fonds de roulement liée notamment aux créances sur les cotisants émises en 2014, dont le taux de recouvrement est par ailleurs demeuré stable, l'endettement financier net s'établit à 121,3 milliards d'euros au 31 décembre 2014, en légère hausse par rapport à fin 2013.

Évolution du passif net et de l'endettement financier net de la sécurité sociale depuis 2009

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs)	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9	-110,7
Endettement financier net au 31/12	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0	-121,3
Résultat comptable consolidé de l'exercice	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4

II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2014

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 9,7 milliards d'euros en 2014. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 6,5 milliards d'euros, la branche famille un déficit de 2,7 milliards d'euros et la branche vieillesse un déficit de 1,2 milliard d'euros, la branche accidents du travail et maladies professionnelles ayant quant à elle dégagé un excédent de 0,7 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 3,5 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général. 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 CADES 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

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

financier de par la réforme des retraites de 2014, la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu que les déficits des exercices 2012 à 2018 des branches maladie et famille pourraient être intégrés dans le champ de la reprise, sans modification des plafonds globaux de reprise ni de l'échéance prévisionnelle d'amortissement de la dette transférée à la CADES. Un montant de 10 milliards d'euros a ainsi été repris en 2014, correspondant au transfert des déficits définitifs de la branche vieillesse et du FSV au titre de 2013 et au financement d'une partie du déficit de la branche maladie au titre de 2012.

Le PLFSS pour l'année 2016 vient modifier le calendrier de reprise des dettes, toujours dans le respect du plafond global. Il est en effet proposé de permettre à la CADES de financer dès 2016 l'intégralité du reliquat de déficits à reprendre en application de la LFSS 2011 modifiée. 23,6 milliards d'euros seraient ainsi transférés à la CADES dès 2016, donnant les moyens à cette dernière de réaliser dans des conditions de financement favorables une stratégie globale de portage et d'apurement de la dette sociale qui lui a été transférée. Cette modification permettra de tirer parti des conditions particulièrement favorables de financement actuellement constatées sur les marchés et de prémunir ainsi la sécurité sociale contre le risque qu'une remontée des taux de long terme dégrade les conditions de financement des déficits s'ils étaient transférés plus tardivement.

Par ailleurs, les excédents de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au titre de l'exercice 2014 (0,6 milliard d'euros) ont été affectés à la réduction des déficits accumulés par cette branche, dont le montant s'est ainsi réduit de 1,7 à 1 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 régimes d'employeurs (fonction publique de l'État), équilibrés par ces derniers, et enfin du régime social des indépendants dont les déficits étaient couverts jusqu'en 2014 par l'affectation, à due proportion, du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés. Un mécanisme d'intégration financière aux branches maladie et retraite du régime général s'y substitue à compter de 2015.

Texte du projet de loi

Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2014 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 réduit à 0,2 milliard d'euros (contre 0,6 milliard d'euros en 2013), portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 à 2,8 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie de l'ACOSS en complément des financements bancaires auxquels avait recouru jusqu'ici la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2014, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS (2,5 milliards d'euros).

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 0,1 milliard d'euros en 2014, portant le montant cumulé de dette à 1 milliard d'euros. 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 pour 2014 a étendu jusqu'à 2017 les dispositions de la loi de financement 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 externes procurés par la Caisse des dépôts et des établissements bancaires.

Enfin, la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a dégagé, pour la première fois depuis 5 ans, un excédent de 0,4 milliard d'euros (après avoir connu un déficit de 0,1 milliard d'euros en 2013). Cet excédent, qui résulte principalement de l'effet des hausses de taux de cotisations intervenues en 2013 et 2014, a été affecté aux réserves du régime, portant celles-ci à 1,6 milliard d'euros.

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 2016-2019. Ces prévisions s'inscrivent dans l'objectif de retour progressif à l'équilibre des régimes de sécurité sociale. En 2019, le régime général devrait atteindre un excédent de 1,8 milliards d'euros, ce qui représenterait une amélioration du solde plus de 11 milliards d'euros par rapport au déficit constaté en 2014.

Malgré un environnement international encore incertain, les pays de la zone euro devraient connaître une accélération économique. Cette conjoncture favorable participera au redressement des comptes de la sécurité sociale, mais celui-ci tiendra tout autant aux efforts continus de maîtrise de la dépense, notamment d'assurance-maladie. Au-delà de la maîtrise de la dépense, la présente loi est marquée par des réformes d'envergure visant à généraliser l'universalité de la couverture maladie, développer l'accès à la complémentaire santé et poursuivre la politique en faveur de la compétitivité des entreprises et de l'emploi.

1° Le PLFSS 2016 s'inscrit dans la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux

Une conjoncture caractérisée par une reprise progressive de l'activité économique.

Les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses retenues dans le cadre de la présente loi reposent sur une hypothèse de croissance du produit intérieur brut de 1 % en 2015. La masse salariale du secteur privé, qui détermine une partie prépondérante de l'évolution des recettes des régimes de sécurité sociale, connaîtrait une progression de + 1,7 % en 2015.

Pour 2016, l'activité continuerait à accélérer, avec une hypothèse de croissance de l'activité de +1,5 %, ce qui demeure cohérent avec, notamment, les prévisions rendues publiques par l'OCDE au moment du dépôt du projet associé à la présente loi, qui prévoyait une croissance de l'activité de 1,4 % en France en 2016. L'hypothèse de croissance de la masse salariale associée à cette prévision de croissance atteindrait ainsi 2,8 % en 2016.

Propositions de la Commission

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

(Sans modification)

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Cette reprise progressive s'appuie sur une hausse du pouvoir d'achat des ménages, soutenue par une inflation réduite en 2015 (+0,1 %), notamment du fait de la faiblesse des cours du pétrole, et modérée en 2016 (+1 %). En outre, la poursuite des mesures fiscales en faveur des ménages modestes et des classes moyennes, à travers 2 milliards de nouvelles baisses d'impôts en 2016, contribuera également à soutenir le pouvoir d'achat des ménages.

Par ailleurs, les mesures décidées dans le cadre du Pacte de compétitivité et de croissance et du Pacte de responsabilité et solidarité (crédit d'impôt compétitivité, poursuite des allègements de cotisations, suppression de la contribution exceptionnelle à l'impôt sur les sociétés et suppression de la C3S) permettront d'encourager l'investissement, l'emploi et les exportations des entreprises. A moyen et long terme, la croissance de l'emploi et de la masse salariale favorisera le redressement des finances publiques. La trajectoire de retour à l'équilibre des comptes publics, telle qu'exposée par le Gouvernement dans le programme de stabilité et de croissance et mise en œuvre dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, pourra ainsi être confortée.

Conformément à la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012, les prévisions économiques sous-jacentes au projet de loi de financement de la sécurité sociale (ainsi qu'au projet de loi de finances) ont fait l'objet d'un avis du Haut conseil des finances publiques, évaluant la sincérité des hypothèses retenues ainsi que leur cohérence avec la trajectoire pluriannuelle retenue par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019, actualisée par le dernier programme de stabilité et de croissance transmis à la Commission européenne.

Des soldes tendanciels en amélioration à l'exception notable de la branche maladie et du FSV

Les soldes tendanciels des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse, avant prise en compte des mesures nouvelles figurant dans la présente loi, auraient atteint en 2016 – 13,8 milliards, dont – 10,1 milliards au titre de la branche maladie et – 1,2 milliard au titre de la branche famille, la branche vieillesse dégageant un excédent de 0,4 milliard d'euros ainsi que la branche accidents du travail et maladies professionnelles (0,7 milliard d'euros). Le Fonds de solidarité vieillesse présenterait pour sa part un solde déficitaire de 3,7 milliards.

La progression des dépenses de sécurité sociale qui sous-tendent les résultats exposés ci-dessus, est contenue par l'effet des mesures d'économies prises les années précédentes (loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, mesures d'économies sur la branche famille des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015), qui continuent à monter en charge.

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

L'évolution tendancielle des dépenses sur ces branches est donc maîtrisée, au regard des dynamiques observées par le passé. Par ailleurs, ces branches, dont les prestations sont quasiment toutes indexées sur les prix, bénéficient des effets d'une très faible inflation.

L'évolution tendancielle des dépenses de l'assurance maladie est dynamique (+3,6 % d'évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM), même s'il est en légère décélération par rapport à la période récente du fait de la montée en charge des traitements contre le VHC. Les mesures qui sous-tendent la construction de l'ONDAM fixé dans la présente loi permettent de l'infléchir fortement.

Un endettement qui se réduit et dont les conditions de financement demeurent favorables

En 2015, pour la première fois depuis 2002, le montant de la dette cumulée portée par l'ACOSS et la CADES va commencer à se réduire, la dette amortie par la CADES étant équivalente au déficit annuel supporté par l'ACOSS. En 2016, le mouvement de réduction va s'accélérer puisque la dette devrait se réduire de 3,7 milliards d'euros.

Parallèlement à l'amélioration du solde des régimes de sécurité sociale en 2016, il est prévu une reprise anticipée de dette de 23,6 milliards d'euros par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), au lieu d'une triple reprise annuelle de 10, 10 puis 3,6 milliards prévue par les textes antérieurs. Cette mesure vise à profiter de conditions de financement actuelles particulièrement favorables. Les taux de refinancement de la CADES s'établissaient par exemple à 2,1 % à la mi-2015. Cette reprise anticipée permettra une couverture contre le risque de remontée des taux à moyen et long terme, qui, s'il advenait, conduirait la CADES à devoir accepter des conditions de financements à long terme nettement moins favorables.

Cette reprise de dette permettra en outre de limiter le financement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) des déficits cumulés des branches, au détriment de sa mission première de couverture de leurs besoins de trésorerie, conformément aux préconisations de la Cour des comptes. En effet, outre les déficits de la CNAV et du FSV au titre de l'exercice 2015, seront transférés le reliquat du déficit de la CNAM et le déficit de la CNAF au titre de 2013, le déficit de la CNAM et de la CNAF au titre de 2014 ainsi qu'une partie du déficit de la CNAM au titre de 2015. L'horizon d'apurement de la dette portée par la CADES, prévu en 2024, ne sera quant à lui pas modifié.

2° Le PLFSS 2016 traduit les engagements pris dans le cadre du programme de stabilité

La poursuite de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie avec un ONDAM fixé à 1,75 %

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Sur le champ de l'assurance-maladie, l'évolution de la dépense est maîtrisée grâce au respect de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) depuis cinq années consécutives. Pour 2015, conformément aux engagements pris dans le cadre du programme de stabilité, des annulations de crédits à hauteur de 425 millions ont été prises par rapport au niveau de l'ONDAM 2015 voté dans la précédente loi de financement. Ces annulations devraient ramener la progression de l'ONDAM de + 2,1 % (en loi de financement initiale pour 2015) à + 2,0 %.

Pour 2016, la maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance-maladie se traduit par la fixation de l'ONDAM à 1,75 %. Ce taux implique un effort d'économie de 3,4 milliards par rapport à l'évolution tendancielle de la dépense, évaluée à + 3,6 %. Cette trajectoire particulièrement ambitieuse implique d'accentuer l'effort d'économies déjà engagé, sans accroître le reste à charge du patient ni dégrader la qualité des soins.

Cet effort s'inscrit dans la montée en charge du plan d'économies triennal qui sous-tend depuis 2015 le déploiement de la stratégie nationale de santé qui se poursuivra en 2017 (avec le même objectif de progression de l'ONDAM). Il s'articule autour de 4 axes.

Le premier axe vise le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière. Les mutualisations entre établissements sont encouragées et le renforcement du programme de performance hospitalière pour des achats responsables permettra de mobiliser les marges encore importantes qui demeurent en matière d'optimisation des achats hospitaliers. Des actions de maîtrise des dépenses en matière de médicaments inscrits sur la liste en sus seront également déployées dans ce cadre. Cet axe représentera 0,7 milliards d'euros d'économies en 2016.

Le deuxième axe concerne le virage ambulatoire des établissements hospitaliers. Il s'agit d'optimiser le parcours de soins hospitalier, en premier lieu en développant toutes les formes de prises en charge alternatives à une hospitalisation complète dès que l'état de santé du patient le permet : la poursuite de la diffusion de la chirurgie ambulatoire mais également l'hospitalisation de jour en médecine. L'optimisation du parcours passe aussi par le développement de l'hospitalisation à domicile dès lors qu'elle vient en substitution de séjours en établissement de santé et par un meilleur accompagnement des patients en sortie d'établissement en assurant une prise en charge adéquate en ville suite au retour à domicile. Ces actions permettront de dégager 0,5 milliards d'euros en 2016.

Le troisième axe est consacré aux produits de santé. Comme chaque année, des baisses de prix seront opérées par le comité économiques des produits de santé, baisses qui doivent notamment permettre de dégager les marges financières nécessaires à la rémunération de l'innovation et

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

de garantir ainsi l'accès des tous aux dernières thérapies. L'effort sera également porté sur le développement du recours aux médicaments génériques pour lequel notre pays accuse encore du retard par rapport à nos voisins. A cet effet, le plan national de promotion des médicaments génériques, présenté en mars 2015, vise à accroître la part de médicaments génériques de 5 points dans le total des prescriptions. Des actions seront notamment conduites auprès des prescripteurs, qu'ils soient en ville ou à l'hôpital, ainsi qu'auprès du public, vers lequel une campagne de communication sera lancée début 2016. Au total, cet axe contribuera pour 1,0 milliards d'euros d'économies à l'atteinte de l'ONDAM 2016.

Le dernier axe, correspondant à un montant d'économies d'1,2 Mds€ vise à améliorer la pertinence et le bon usage des soins en ville et à l'hôpital. Il s'agit de mobiliser toutes les marges d'efficience via la réduction des actes et prescriptions inutiles ou redondants : maîtrise du volume de prescription des médicaments, lutte contre la iatrogénie, actions de maîtrise médicalisée auprès des professionnels de santé en ville menées par l'assurance maladie et auprès des établissements de santé dans un cadre contractuel renouvelé, optimisation des transports de patients (choix du véhicule le plus adapté, optimisation de la commande de transport...).

Par ailleurs, cet effort en dépenses sera accompagné de l'affectation de nouvelles recettes afin d'accélérer l'amélioration du solde de la branche maladie. Compte tenu de la conjonction d'un déficit persistant de la branche maladie et, à l'opposé, d'un excédent croissant de la branche AT-MP depuis l'année 2013, un transfert de cotisations de 0,05 point entre la branche AT-MP et la branche maladie du régime général sera mis en place en 2016 puis en 2017, afin d'améliorer le solde de la branche maladie de 250 millions pour chacune de ces deux années, soit 500 millions au total. Ce transfert de cotisations est justifié par l'approche solidaire entre branches du régime général, au cœur des principes de la sécurité sociale depuis son origine, ainsi que par les effets indirects dont bénéficie la branche AT-MP du fait de l'amélioration de l'efficience du système de soins, essentiellement financé par la branche maladie. En effet, le remboursement des soins et l'évolution des tarifs assure une intégration continue du progrès technique dans le secteur médical, qui entraîne in fine une diminution du coût moyen de traitement des pathologies, d'où un impact positif sur les comptes de la branche AT-MP.

Des dépenses de prestations contenues

Les prestations nettes du régime général devraient atteindre 316,6 milliards en 2015, puis 325,3 milliards en 2016, soit une progression de 2,8 %, avant prise en compte des mesures nouvelles.

La hausse est principalement portée par les prestations

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

versées par la CNAMTS (+ 3,5 %) et de la CNAV (+ 2,5 %). A contrario, les dépenses de prestations servies par la CNAF connaîtraient une faible progression (+ 0,3%), sous l'effet de la réforme des prestations familiales. La modulation des allocations familiales contribuerait à réduire la dépense 2016 mais serait quasiment compensée par la hausse des dépenses d'entretien sous condition de ressources.

La réforme des modalités de calcul de la revalorisation des prestations participe à cette maîtrise de la dépense. D'une part, les dates de revalorisation seront alignés pour l'ensemble des prestations, avec une revalorisation au 1er avril des prestations familiales et des pensions d'invalidité et des paramètres qui conditionnent l'accès à certaines prestations (plafonds de ressources CMU-c et ACS); les prestations actuellement revalorisées au 1er octobre, principalement les pensions de retraite, le resteraient. D'autre part, une règle de « bouclier » sera créée, garantissant le maintien des prestations à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative, dans un cadre général où la revalorisation ne sera plus fonction que d'évolutions connues, et non prévisionnelles, et exclura en conséquence toute nécessité de correction a posteriori. Ainsi, la revalorisation reposerait sur les dernières données d'inflation (hors tabac) publiées par l'INSEE et appréciées en moyenne sur les douze derniers mois, au lieu d'être calculées à partir d'une évolution prévisionnelle de l'inflation pour l'année N et l'application d'un correctif sur cette même année au titre de l'écart à la prévision de l'année N-1. Or les exercices de prévision de l'inflation sont par nature complexes et l'accroissement de la volatilité des prix ces dernières années a conduit à l'application de correctifs importants.

Les soldes vieillesse traduisent les effets de la réforme des retraites de 2014

En 2016, les dépenses d'assurance vieillesse connaissent une évolution modérée, de l'ordre de 2,5 % en moyenne sur la période 2016-2017. Cette progression s'explique notamment par la conjugaison d'une stabilité des flux de départs en retraite et d'un montant moyen de la pension en augmentation, l'accélération de l'inflation en 2016 ne jouant que faiblement sur l'année 2016 compte tenu de la date de revalorisation des pensions fixée au mois d'octobre.

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 des différentes mesures de redressement, immédiates mais également de long terme, qui visent à faire face, de manière responsable et justement répartie, au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie. Ces dernières se sont accompagnées de mesures de justice et solidarité pour corriger les inégalités les plus importantes face à la retraite, comme la reconnaissance de la pénibilité au travail, pour permettre entre autres une meilleure

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

prise en compte des carrières heurtées et des aléas de carrière, notamment celles des femmes, ou encore des conditions d'entrée réelles des jeunes dans la vie active.

3° Dans le respect de ces objectifs d'équilibre financier, le PLFSS 2016 porte une réforme d'ampleur de l'assurance maladie ainsi que le 2e volet du pacte de responsabilité et de solidarité

Poursuite de la politique d'emploi et de compétitivité du Pacte

La mise en œuvre du Pacte de compétitivité et de responsabilité se poursuit en 2016, afin de restaurer la compétitivité et la capacité productive des entreprises et de les inciter à investir et embaucher. Les entreprises bénéficieront ainsi d'une baisse de 4,1 milliards de leurs prélèvements obligatoires dans le cadre du PLFSS 2016.

Cela se traduit par une nouvelle réduction du taux de cotisations d'allocations familiales jusqu'à 3,5 SMIC, pour un coût de 3,1 milliards en 2016 (environ 4,4 milliards en année pleine à partir de 2017). Ce montant est légèrement inférieur à celui de 4,5 milliards d'euros estimé en 2014 en raison d'une progression de la masse salariale plus faible que celle initialement prévue lors de cette première estimation. De plus, le montant de l'abattement d'assiette institué par l'article 3 de la LFRSS pour 2014 dans le cadre de la première étape de la suppression progressive de la C3S est augmenté, passant de 3,25 millions à 19 millions, ce qui représente un impact d'un milliard sur les recettes de la sécurité sociale. Cet abattement s'appliquera au chiffre d'affaires réalisé en 2015 pour le paiement de la C3S en 2016.

Ces mesures seront compensées intégralement par l'État dans le cadre des lois financières, conformément aux engagements pris par le Gouvernement dès 2014. Cette compensation se traduit par une budgétisation des dépenses d'allocation de logement familial (ALF), à hauteur de 4,7 milliards, ainsi que du financement de la protection juridique des majeurs, pour 0,4 milliard. Par ailleurs, l'extinction progressive de la recette issue des caisses de congés payés, qui était affectée au financement du Pacte, donnera lieu à l'affectation de ressources pérennes s'y substituant. En effet, la mesure, entrée en vigueur depuis le 1^{er} avril 2015, engendre une recette de 1,52 milliard d'euros en 2015 et de 500 millions en 2016, avant de s'éteindre à compter de 2017.

Mise en place de la protection universelle maladie

La mise en place de la protection universelle maladie vise à universaliser la prise en charge des frais de santé, afin de simplifier les démarches pour les assurés comme pour les organismes gestionnaires et de garantir ainsi la continuité des droits. Ce nouveau régime ne modifie en rien le niveau des droits à prise en charge des assurés sociaux. En effet, la loi

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

prévoira désormais que toute personne qui travaille ou, lorsqu'elle n'a pas d'activité, réside en France de façon stable et régulière, dispose du droit à la prise en charge de ses frais de santé. Les personnes qui travaillent resteront affiliés à leur régime de sécurité sociale actuel, les autres étant maintenues dans le dernier régime auquel elles étaient affiliées.

Cette réforme permet de simplifier l'ouverture des droits, puisque les caisses de sécurité sociale n'auront plus à vérifier le respect des conditions d'ouverture des droits (nombre d'heures travaillées). Le contrôle sera désormais orienté vers un contrôle renforcé de la résidence des personnes bénéficiaires de l'assurance-maladie. Les procédures de mutation seront également facilitées, à travers un processus entièrement dématérialisé. La notion d'ayant droit majeur sera également progressivement supprimée, dans la mesure où elle s'avère obsolète dans un régime de couverture universelle.

Poursuite de la généralisation de l'accès à la protection complémentaire santé

L'assurance complémentaire en santé est aujourd'hui un élément substantiel de l'accès aux soins. C'est pourquoi le Président de la République a fixé l'objectif de généraliser l'accès à une complémentaire santé de qualité à l'horizon 2017. Après l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, transposé dans la loi sur la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, la réforme des contrats dits responsables, la mise en concurrence des contrats ACS, des nouvelles mesures sont prévues afin de favoriser l'accès à la protection complémentaire pour les populations qui ont le plus de difficulté à y accéder, à savoir les personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes travaillant dans le cadre de contrats courts et des temps très partiels.

En effet, le coût de la couverture complémentaire santé est plus élevé pour les personnes âgées de plus de 65 ans que pour la population globale car elles assument un reste à charge plus élevé sur le coût d'acquisition du contrat et supportent des dépenses de santé après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé plus importantes. Il est donc prévu que les personnes de plus de 65 ans puissent accéder à des offres d'assurance complémentaire de santé qui seront sélectionnées, à l'issue d'une procédure de mise en concurrence, sur des critères reposant sur la qualité des garanties et le prix proposé. Ce dispositif devrait permettre, outre un accès à une complémentaire santé à un meilleur prix, une meilleure adéquation entre les besoins des assurés et les prestations complémentaires dont ils bénéficient, et une lisibilité accrue des offres présentées sur le marché pour les assurés.

Par ailleurs, afin de donner son plein effet aux dispositions de la loi de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, une modalité adaptée de mise en œuvre de la

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

couverture des salariés à faible quotité de travail ou embauchés en contrat de courte durée est prévue afin que ces salariés puissent, s'ils souscrivent par ailleurs une assurance individuelle du même type, obtenir de la part de leur employeur, à la place de l'adhésion à la couverture mise en place dans l'entreprise, un versement direct en rapport avec les sommes consacrées par l'employeur pour cette couverture.

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(en milliards d'euros)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
--	------	------	------	------	------	------

Maladie

Recettes	161,9	166,6	171,7	178,0	183,3	189,4
Dépenses	168,4	174,1	177,9	182,7	186,2	189,7
Solde	-6,5	-7,5	-6,2	-4,7	-2,9	-0,3

AT/MP

Recettes	12,3	12,4	12,5	12,7	13,6	14,2
Dépenses	11,7	11,8	12,0	12,1	12,2	12,3
Solde	0,7	0,6	0,5	0,6	1,5	1,9

Famille

Recettes	56,3	52,8	48,8	50,1	51,6	53,1
Dépenses	59,0	54,4	49,6	50,4	51,6	52,8
Solde	-2,7	-1,6	-0,8	-0,3	0,0	0,3

Vieillesse

Recettes	115,6	119,9	123,6	127,4	131,1	135,6
Dépenses	116,8	120,5	123,1	126,3	130,7	135,6
Solde	-1,2	-0,6	0,5	1,1	0,4	-0,1

Toutes branches consolidées

Recettes	334,1	339,3	344,0	355,3	366,6	379,0
Dépenses	343,7	348,3	350,0	358,6	367,6	377,2
Solde	-9,7	-9,0	-6,0	-3,3	-1,0	1,8

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
--	------	------	------	------	------	------

Maladie

Recettes	186,7	190,5	194,9	201,4	207,0	213,4
Dépenses	193,2	198,0	201,1	206,1	209,9	213,7
Solde	-6,5	-7,5	-6,2	-4,7	-2,9	-0,3

AT/MP

Recettes	13,8	13,9	14,0	14,1	15,1	15,7
Dépenses	13,1	13,2	13,4	13,5	13,6	13,8
Solde	0,7	0,6	0,6	0,6	1,5	1,9

Famille

Recettes	56,3	52,8	48,8	50,1	51,6	53,1
Dépenses	59,0	54,4	49,6	50,4	51,6	52,8
Solde	-2,7	-1,6	-0,8	-0,3	0,0	0,3

Vieillesse

Recettes	219,1	223,5	228,7	234,1	240,1	247,2
Dépenses	219,9	223,8	227,8	232,9	240,1	248,3
Solde	-0,8	-0,2	0,9	1,2	0,0	-1,0

Toutes branches consolidées

Recettes	462,8	467,3	472,8	485,9	499,7	515,2
Dépenses	472,1	475,9	478,3	489,2	501,2	514,4
Solde	-9,3	-8,6	-5,6	-3,3	-1,5	0,8

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble du Fonds de solidarité vieillesse

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Recettes	17,2	16,5	16,4	16,6	17,0	17,4
Dépenses	20,6	20,3	20,1	20,2	20,0	20,2
Solde	-3,5	-3,8	-3,7	-3,6	-3,1	-2,8

Texte du projet de loi**Propositions de la Commission****ANNEXE C**

ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES

I. – Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2016

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP*	Régimes de base
Cotisations effectives	88,4	130,2	30,3	13,0	260,2
Cotisations prises en charge par l'État	1,7	1,4	0,5	0,1	3,6
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,8	0,0	0,3	39,7
Contribution sociale généralisée	69,1	0,0	9,9	0,0	78,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	29,6	19,6	7,0	0,0	56,2
Transferts	2,3	38,3	0,3	0,1	29,5
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2
Autres produits	3,2	0,5	0,7	0,3	4,7
Recettes	194,9	228,7	48,8	14,0	472,8

*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).

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES

(Sans modification)

II. – Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

Exercice 2016

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régime général
Cotisations effectives	79,2	77,6	30,3	12,1	197,5
Cotisations prises en charge par l'État	1,4	1,1	0,5	0,1	3,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	59,6	0,0	9,9	0,0	69,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales	23,8	14,9	7,0	0,0	45,8
Transferts	4,7	29,9	0,3	0,0	24,2
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	3,0	0,2	0,7	0,3	4,2
Recettes	171,7	123,6	48,8	12,5	344,0

*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 2016

(en milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Contribution sociale généralisée	9,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	7,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	16,4