

N° 3944

N° 102

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée
nationale
le 16 novembre 2011

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2011-2012

Enregistré à la Présidence du Sénat
le 16 novembre 2011

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE ⁽¹⁾ CHARGÉE DE PROPOSER UN TEXTE SUR
LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DU PROJET DE LOI *de financement de la
sécurité sociale pour 2012*,

PAR M. YVES BUR

Rapporteur,
Député.

PAR M. YVES DAUDIGNY

Rapporteur,
Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Pierre Méhaignerie, député, président ; Mme Annie David, sénatrice, vice-présidente ; M. Yves Bur, député, M. Yves Daudigny, sénateur, rapporteurs.

Membres titulaires : MM. Jean-Pierre Door, Denis Jacquat, Mme Marisol Touraine, M. Jean Mallot et Mme Martine Pinville, députés ; MM. Jean-Pierre Caffet, Ronan Kerdraon, Mme Chantal Jouanno, M. Alain Milon et Mme Muguette Dini, sénateurs.

Membres suppléants : Mmes Bérengère Poletti, Isabelle Vasseur, MM. Guy Lefrand, Michel Issindou, Mme Marie-Françoise Clergeau et M. Jean-Luc Prél, députés ; Mme Christiane Demontès, M. Gérard Dériot, Mmes Catherine Deroche, Anne-Marie Escoffier, MM. Jean-Pierre Godefroy, Marc Laménie et Mme Isabelle Pasquet, sénateurs.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 3790, 3869, 3865 et T.A. 752.

Sénat : 73, 74, 78 et T.A. 12 (2011-2012).

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 s'est réunie à l'Assemblée nationale le mercredi 16 novembre 2011.

La commission mixte paritaire procède d'abord à la désignation de son bureau, qui est ainsi constitué :

- M. Pierre Méhaignerie, député, président,
- Mme Annie David, sénatrice, vice-présidente,
- M. Yves Bur, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale,
- M. Yves Daudigny, sénateur, rapporteur pour le Sénat.

* *

*

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Nous sommes réunis pour proposer un texte commun sur les dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 restant en discussion.

Le Sénat a adopté 58 articles conformes et a confirmé la suppression d'un article. 26 articles ont été modifiés, 37 supprimés et 68 articles additionnels ont été ajoutés. Il reste donc 131 articles en discussion.

Les divergences entre nos deux assemblées sont donc quantitativement très nombreuses et, s'agissant de leur contenu, très substantielles.

Je donne la parole à Mme Annie David et à nos deux rapporteurs afin qu'ils nous indiquent les principaux points de divergence entre les deux assemblées.

Mme Annie David, sénatrice, vice-présidente. M. Pierre Méhaignerie a dit l'essentiel : il reste beaucoup d'articles en discussion, sur lesquels les divergences sont nombreuses. Je laisse la parole aux rapporteurs pour qu'ils nous expliquent ces différences.

M. Yves Daudigny, rapporteur pour le Sénat. Après cinq jours de débats nourris, le Sénat a adopté, dans la nuit de lundi à mardi, un projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 profondément remanié par rapport à celui du Gouvernement, ainsi que par rapport au texte que l'Assemblée nationale nous a transmis.

Nous avons à la fois voulu marquer notre opposition claire à la politique menée par le Gouvernement et montrer que des solutions alternatives sont possibles.

Plus précisément, qu'avons-nous fait ? Le Sénat s'est d'abord opposé à la première partie du projet de loi sur les comptes de l'année 2010. Nous avons en effet voulu dénoncer le déficit historique de 2010, soit 28 milliards d'euros pour le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse. Comme la Cour des comptes l'a dit, la crise n'explique qu'une partie de ce déficit. Plus des deux tiers ont une origine structurelle, liée aux 10 milliards d'euros de déficits annuels constatés, année après année, depuis 2004. C'est la majorité présidentielle actuelle, que vous soutenez, qui en porte l'entière responsabilité.

Notre vote ne remet nullement en cause l'excellent travail de certification des comptes réalisé par la Cour des comptes : il marque néanmoins notre opposition résolue à la politique portée par ces comptes.

Le Sénat s'est ensuite opposé à la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale, celle qui concerne les comptes de l'exercice en cours. Là encore, le niveau des déficits, soit plus de 20 milliards d'euros pour le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse, le transfert de 65 milliards d'euros de dettes à la Caisse d'amortissement de la dette sociale et l'absence totale de mesures de redressement des comptes à caractère structurant nous ont conduits à rejeter les comptes rectifiés proposés par le Gouvernement.

Le Sénat s'est également opposé à l'équilibre présenté pour 2012 pour plusieurs raisons. Tout d'abord parce que le cadrage économique, même rectifié à la marge pour 2012, est, tous les observateurs le disent, irréaliste : une croissance du PIB de 1 % et de la masse salariale de 3 % en 2012 est, selon toutes les prévisions rendues publiques ces derniers jours, excessivement optimiste. Nos partenaires européens n'hésitent même plus à nous le reprocher.

De plus, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale maintient un niveau de déficit bien trop élevé, près de 18 milliards d'euros pour le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse.

Par ailleurs, il n'apporte pas une seule des solutions nécessaires à la sauvegarde de notre système de protection sociale. Il ne résout, en effet, ni la question des déficits, ni celle du manque structurel de recettes des branches maladie et famille ou du Fonds de solidarité vieillesse, ni le problème, pourtant fondamental, de l'accès aux soins, ni la douloureuse question du reste à charge, ni les problèmes financiers des hôpitaux, bref aucun des sujets qui appellent des réponses urgentes !

Enfin, le Sénat s'est opposé à l'accumulation irresponsable des déficits sociaux qui ont atteint des sommets, soit plus de 70 milliards d'euros, en trois ans, pour le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse. La dette sociale a

doublé depuis 2007 et nous la transférons, sans états d'âme, à nos enfants et petits-enfants !

Le Gouvernement continue de laisser filer les déficits : d'après l'annexe B, ils s'établiront encore à plus de 10 milliards d'euros par an jusqu'en 2015.

C'est pourquoi, la majorité de gauche du Sénat a rejeté le projet du Gouvernement et tous les tableaux d'équilibre qu'il comportait. Elle a aussi voulu montrer qu'une autre politique est possible. Elle a donc décidé d'imposer sa vision d'un budget de la sécurité sociale.

Le Sénat a d'abord imposé une gestion plus responsable des comptes en réduisant d'au moins 3,5 milliards d'euros le déficit de la sécurité sociale pour 2012 et les années suivantes. Nous avons considéré nécessaire d'adopter, dès cette année, des mesures à caractère pérenne et non ponctuel, comme l'a trop souvent fait le Gouvernement, pour commencer à diminuer le déficit de façon significative.

L'abrogation des exonérations de la loi du 21 août 2007, en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, dite « Tapa », applicables aux heures supplémentaires, qui permet d'apporter 3,5 milliards d'euros à la sécurité sociale, est la mesure phare de nos propositions. Il s'agit de supprimer un dispositif à la fois coûteux et inefficace. Il aura certes un impact sur certains de nos concitoyens mais nous assumons nos responsabilités car, pour nous, la priorité est claire, c'est le redressement des comptes sociaux et l'emploi.

Le Sénat a ensuite imposé une nouvelle politique en matière de ressources afin de combler le manque structurel de recettes de la sécurité sociale, régulièrement dénoncé par la Cour des comptes. Cette augmentation des recettes s'est faite de manière responsable. D'une part, les mesures proposées par la commission et nos collègues des groupes communiste et socialiste ont consisté à réduire des niches sociales existantes sur lesquelles des marges de progression ont été repérées depuis longtemps : le forfait social, les *stock-options* et les attributions gratuites d'actions, les retraites « chapeau » et les parachutes dorés. D'autre part, nous avons également cherché à rendre plus efficaces ces niches, en commençant à mieux cibler les allègements généraux de cotisations sociales, afin de limiter les effets d'aubaine.

Contrairement à ce qu'a dit la ministre du budget, qui nous a accusés d'avoir créé dix-sept nouvelles taxes, nous n'avons adopté que quatre mesures véritablement nouvelles. Toutes les autres ne sont que des réductions de niches existantes. Sur ces quatre nouvelles taxes, deux ont été adoptées au Sénat à l'unanimité : la création d'une contribution patronale additionnelle sur les bonus des *traders* et la création d'une taxe sur les produits cosmétiques au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé.

Le Sénat a par ailleurs imposé un meilleur accès aux soins. Nous avons abrogé l'augmentation de la taxe sur les assurances complémentaires votée en

septembre dernier, et nous avons plus que largement gagé cette perte de 1,1 milliard d'euros pour les comptes sociaux. Nous avons exonéré de cette taxe les contrats responsables destinés aux étudiants et supprimé l'article visant à mettre en place un secteur optionnel car nous ne voulons pas légitimer des dépassements d'honoraires contre lesquels nous sommes bien décidés à lutter. Nous avons également refusé le rabotage annoncé des indemnités journalières et restreint le bénéfice des financements publics aux seules maisons de santé qui appliquent les tarifs opposables et le tiers payant. Nous souhaitons aussi supprimer la franchise sur les boîtes de médicaments et mettre un terme à la convergence tarifaire entre les secteurs hospitaliers public et privé. Malheureusement, l'article 40 de la Constitution nous a empêchés de le faire.

Enfin, le Sénat a eu le souci de placer l'humain au cœur des choix politiques en matière de sécurité sociale. C'est pourquoi nous avons refusé de retarder de trois mois la revalorisation des prestations familiales et demandé l'amélioration de la reconnaissance des maladies professionnelles. Une réflexion sur plusieurs chantiers a été ouverte, notamment sur le versement de la pension de réversion au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou l'amélioration des droits à la retraite des apprentis.

La nouvelle majorité du Sénat est donc parvenue à imprimer sa marque sur ce projet de loi de financement. Le texte que nous avons voté ne ressemble en rien à celui du Gouvernement.

Il représente pour nous l'esquisse de ce que pourrait être un vrai projet de gauche pour la sécurité sociale, un projet fondé sur les valeurs de sécurité et de solidarité, un projet qui ne renie pas les acquis d'un système hérité du Conseil national de la Résistance et que nous avons le devoir, vis-à-vis de nos concitoyens et des générations futures, de préserver au plus haut niveau.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 comportait initialement 68 articles. Ayant adopté 54 articles additionnels et supprimé un article, l'Assemblée nationale a transmis au Sénat un texte de 121 articles.

Celui-ci en a adopté 58 conformes, a maintenu une suppression conforme, a modifié 26 articles, en a supprimé 37 et en a à son tour ajouté 68. Le texte comporte donc actuellement 152 articles et il revient à notre commission mixte paritaire d'en examiner les 131 qui restent encore en discussion.

Mais nous sentons tous bien ici que ce traditionnel panorama quantitatif des apports successifs de nos deux Assemblées et des dispositions restant encore en discussion revêt cette année un caractère purement académique. Car je le dis d'emblée tout net : la perspective d'un accord sur la loi de financement pour 2012 me paraît tout à fait irréaliste.

Cela est dû à la posture totalement irresponsable adoptée par le Sénat tout au long de la discussion du texte. Je me dois en effet d'attirer votre attention sur le caractère ubuesque du projet de loi issu des travaux du Sénat, tant sur la forme que sur le fond.

La forme, d'abord, qui n'est pas chose négligeable quand il s'agit de nos lois financières, car il faut avoir à l'esprit les exigences constitutionnelles et organiques dans ce domaine. Or, comment le texte adopté par le Sénat se présente-t-il ? Comme une loi de financement privée de ses éléments essentiels tels que prévus par la loi organique : pas de première partie, qui vaut loi de règlement, pas de deuxième partie, qui vaut loi rectificative. Voilà donc la loi de financement privée de ses deux premières parties, au prétexte que le Sénat ne veut pas endosser les comptes de 2010 et de 2011.

Mais à quoi bon s'efforcer de nier la réalité ? Qu'on le veuille ou non, ces comptes sont bien là et leur sincérité ne peut être remise en cause, car ils sont retracés dans des tableaux d'équilibre validés par la Cour des comptes. Le rejet en bloc des deux premières parties est absurde et aberrant. Le Sénat avait, bien entendu, toute latitude pour marquer son désaccord avec la politique menée en 2010 et 2011 : pour ce faire, il aurait très bien pu modifier le rapport figurant en annexe A afin d'explicitier sa position sans remettre en cause les comptes.

Ensuite, je suppose qu'on ne doit l'adoption de la troisième partie, relative aux recettes et à l'équilibre général, qu'à l'obligation explicitement énoncée par la loi organique : sans adoption de la troisième partie, il est en effet impossible de passer à la discussion de la quatrième partie, relative aux recettes.

Car à quoi ressemblent les troisième et quatrième parties telles qu'adoptées par le Sénat ? Elles s'écartent des exigences posées par la loi organique, et ce sur plusieurs points capitaux. Ici aussi, libre au Sénat d'avoir son opinion sur les dispositions organiques, lesquelles ne sont au demeurant certainement pas parfaites. Mais ces dispositions s'imposent à nous tous et il était de son devoir de les respecter.

J'en viens même à me demander si le Sénat n'est pas purement et simplement hostile à l'existence même des lois de financement. Car en rejetant systématiquement les tableaux d'équilibre, les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses, les objectifs d'amortissement de la dette et les plafonds d'emprunts de trésorerie, il a dénaturé et même tourné en ridicule cette catégorie de loi. Que signifie en effet une loi financière privée de ces éléments qui en font toute la spécificité et toute la portée ? Elle n'a tout bonnement plus de sens, sans compter qu'elle ne manquerait évidemment pas d'être censurée par le Conseil constitutionnel.

Ici aussi, loin de moi l'idée de reprocher au Sénat d'avoir exprimé son opposition au projet de loi présenté par le Gouvernement et modifié par l'Assemblée nationale. Mais il le fait avec une irresponsabilité très inquiétante

pour une majorité sénatoriale qui entend se poser en avant-garde d'une alternance politique. Car le Sénat avoue ainsi son impuissance et son manque de courage à mesurer les conséquences financières de ses choix : il modifie amplement les troisième et quatrième parties, mais, prétextant des difficultés techniques, botte en touche dès qu'il s'agit d'en évaluer les effets, ce qui est pourtant précisément l'objet d'une loi de financement.

Ce comportement traduit bien plus de légèreté que de responsabilité. À ce simple titre, si nos collègues du Sénat persistaient dans cette voie, un accord serait tout naturellement impossible sur le texte.

Sur le fond, le texte adopté par le Sénat n'est guère plus acceptable, tant par ses modifications que par ses ajouts ou ses suppressions, et traduit des préoccupations plus idéologiques et partisans que pragmatiques et réalistes, dont certaines illustrent les difficiles équilibres internes à la majorité sénatoriale.

Côté recettes, l'addition irréaliste des prélèvements supplémentaires se passe de commentaires : forfait social, prélèvement sur les revenus du capital, taxe sur les transactions sur devises, retraites « chapeau », *stock options* et attributions gratuites d'actions, part variable de rémunération des opérateurs de marchés financiers. La suppression du dispositif des heures supplémentaires, le conditionnement du bénéfice de la « réduction Fillon » à la conclusion d'un accord en matière d'égalité professionnelle et l'abattement de 20 % du montant de la « réduction Fillon » pour sanctionner le recours excessif au temps partiel sont autant de mesures aux incidences économiques néfastes. Le comble est atteint avec cette surréaliste et anachronique « contribution patronale sur les technologies se substituant aux travailleurs » : serions nous revenus au temps où les machines étaient détruites par les ouvriers qui craignaient qu'elles ne les remplacent ?

En contrepartie, les baisses de prélèvements paraissent toutes malvenues. C'est le cas de la diminution du taux de taxation des contrats solidaires et responsables, qui ne tient pas compte de la situation véritable des organismes complémentaires d'assurance maladie dans leur totalité – je dis bien des organismes complémentaires, pas seulement des mutuelles. C'est aussi le cas de la disposition portant de deux à trois ans le délai de prescription pour le paiement des prestations de l'assurance maladie. C'est enfin le cas de l'exclusion des produits intermédiaires titrant plus de 18° de l'extension de l'assiette de la cotisation sur les alcools forts aux alcools titrant jusqu'à 25°. Je salue néanmoins la fermeté du rapporteur général du Sénat, qui s'est opposé à tous les amendements qui visaient à affaiblir la portée de l'article 16.

Côté dépenses, comment ne pas s'opposer à la suppression de l'article 35 qui tend à améliorer la performance des établissements de santé, de l'article 35 *bis* qui rétablit les « ristournes » des laboratoires de biologie médicale aux établissements de santé, de l'article 37 qui prévoit d'expérimenter la prise en compte de la performance des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes dans la tarification du forfait relatif aux soins et de l'article 55 qui

fixe le montant de la contribution de la branche AT-MP au financement des dépenses supplémentaires liées au dispositif de retraite pour pénibilité ?

Pourquoi avoir rétabli les dotations à certains fonds que le Gouvernement entend désormais lui-même minorer ? Et que penser de la suppression de la possibilité de racheter des périodes de formation pour les personnes relevant du régime des cultes ou du refus d'allonger la durée de résidence en France requise pour l'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées aux personnes de nationalité étrangère ?

Suite aux ajouts du Sénat, le nombre de rapports demandés atteint la vingtaine : on sait qu'il s'agit parfois de contourner par ce biais les contraintes posées par l'article 40 de la Constitution, mais cette inflation de rapports devient déraisonnable.

En conclusion, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 tel qu'adopté par le Sénat me paraît inadmissible et je vois donc mal comment nous pourrions aboutir à un quelconque accord sur un texte. Comme le ministre chargé de la santé l'a rappelé, la gauche propose toujours d'augmenter les dépenses et les prélèvements, comme si la crise n'était, pour elle, que virtuelle !

Nous essayons en revanche, à travers ce projet de loi de financement, de sauvegarder la croissance de l'économie, qui est à la base de tout, ainsi que la solidarité entre nos concitoyens pour qu'ils puissent faire face à la maladie, à la vieillesse et à l'accueil des enfants. Dans cette période de crise profonde, la position de la majorité est la plus raisonnable et la mieux adaptée.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Je vois que nous entrons dans le vif du débat des prochains mois. Je donne la parole aux uns et aux autres, et nous concluons probablement sur un échec de cette commission mixte paritaire.

Mme Marisol Touraine, députée. Nous n'irons sans doute pas très loin dans cette discussion. Nous partageons en tout cas pleinement les orientations du texte adopté par le Sénat, dont les perspectives pour une politique différente en matière d'assurance maladie sont très claires.

Je l'ai déjà dit quand le débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale a été engagé, il y a quelques semaines : ce projet de loi de financement n'est pas le plus spectaculaires des dernières années, mais, en tant que dernier de la législature, il présente l'intérêt de donner l'occasion d'établir un bilan de l'action du Gouvernement, qui n'a fait qu'accroître les déficits. Les déficits cumulés de la sécurité sociale s'élèvent, en effet, à 140 milliards d'euros, tandis que la dette sociale a été multipliée par deux depuis 2007. Pour un Gouvernement qui prétend faire du rétablissement des comptes sa priorité et donner des leçons de bonne gestion à ses interlocuteurs nationaux ou internationaux, c'est assez osé.

Au-delà de l'absence de rétablissement des comptes, les difficultés auxquelles nos concitoyens sont confrontés en matière d'assurance maladie et d'accès aux soins ne sont pas réduites, bien au contraire. Les inégalités sociales, territoriales et sanitaires se sont accrues dans notre pays, alors que l'égalité dans l'accès aux soins est pour nous une priorité.

Le renchérissement du coût de l'accès aux soins, à travers notamment les dépassements d'honoraires, a accru les inégalités sociales. Nous ne pouvons d'ailleurs pas souscrire au « secteur optionnel » proposé par le texte, même s'il n'est pas nommé ainsi. Il graverait en effet dans le marbre ce niveau élevé de dépassements d'honoraires, que les organismes complémentaires devraient prendre en charge.

Nous avons eu l'occasion de débattre à plusieurs reprises des difficultés territoriales d'accès aux soins, comme le creusement des déserts médicaux. Les lois de financement successives n'ont néanmoins porté aucune mesure structurelle. J'en veux pour preuve la ponction, année après année, des ressources du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), qui a précisément l'objectif de favoriser des projets innovants en matière d'accès aux soins de premiers recours.

Les politiques de prévention sont les grandes perdantes des politiques suivies ces dernières années, ce qui a accentué les inégalités sanitaires. Ce projet de loi ne fait pas exception à la règle.

Nous le disons clairement : il était important de définir une autre perspective, qui s'attache à marquer le possible rétablissement de la trajectoire financière. Il va en effet de soi que la poursuite du creusement des déficits n'est pas acceptable : ce serait tirer un trait sur notre protection sociale.

Les propos tenus hier par le Président de la République sur la fraude sociale ne nous rassurent pas. Il ne s'agit à l'évidence que d'agiter des étendards purement politiques ou plutôt politiques : le thème de la fraude n'a en effet pas d'impact financier sérieux. Une concertation est également annoncée pour envisager comment les Français pourraient supporter encore davantage le poids de la protection sociale. Cela n'est pas acceptable.

Nous devons consolider notre système de protection sociale. Le rétablissement de la trajectoire financière implique de trouver des ressources nouvelles. Il faut pour cela mettre à contribution l'ensemble des revenus, et en particulier solliciter davantage les revenus du capital, comme nous le proposons depuis 2007. En cela, nous partageons les mesures adoptées par le Sénat. Il est impératif de supprimer le paquet fiscal qui pèse très lourd sur les comptes publics et en particulier les comptes sociaux.

Deuxièmement, des réformes structurelles doivent être mises en place pour mieux maîtriser l'évolution des comptes et garantir un meilleur accès de nos

concitoyens à l'assurance maladie. Sans les détailler, il s'agit de consolider l'accès aux soins de premiers recours, de garantir la qualité du travail dans les hôpitaux publics en reconnaissant leur spécificité – c'est pourquoi nous sommes opposés à toute convergence de leur tarification avec les établissements privés –, de lutter contre les dépassements d'honoraires, de mettre en place des politiques de prévention, etc. Ces réformes doivent être centrées sur la diminution des inégalités.

La réforme des retraites engagée en 2010 ne permet pas de consolider durablement les comptes de l'assurance vieillesse. Il s'agit d'une politique à courte vue, comme l'illustre la suppression du Fonds de réserve pour les retraites que nous avons contestée. Ce fonds donnait en effet à nos concitoyens des garanties sur la durée.

Pour toutes ces raisons, nous soutenons le texte du Sénat. Nous comprenons bien que, pour la majorité présidentielle, ce texte marque un décalage très fort avec le projet adopté par l'Assemblée nationale. Rapprocher des points de vue opposés est sous doute vain et même si certains articles ont été votés conformes, il n'est peut-être pas très utile d'engager la discussion des articles. Je remarque néanmoins que, pour la première fois, deux perspectives différentes sont proposées à la commission mixte paritaire réunie sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ce n'est pas sans intérêt dans la période qui s'ouvre.

M. Jean-Pierre Door, député. Le rapporteur du Sénat l'a exprimé : vous vous opposez à la certification des comptes de 2010 et même à l'ensemble du texte. Votre perspective est purement antigouvernementale et votre vision est purement idéologique. Vous êtes effectivement entrés en campagne électorale pour l'élection présidentielle.

Vous faites deux grosses erreurs : premièrement, vous supprimez l'exonération des heures supplémentaires prévues par la loi « TEPA ». Je doute que les neuf millions de salariés qui utilisent ce dispositif vous remercient.

Deuxièmement, vous dénaturez le Fonds d'intervention régional. Contrairement à vous, nous voulons en faire un outil majeur dans la nouvelle organisation des soins dans les régions, dans les domaines hospitalier, ambulatoire et médico-social. Il est très attendu par les directeurs des agences régionales de santé.

L'Assemblée nationale avait fourni un travail sérieux et de qualité pour aboutir à ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Nous avons amélioré le projet du Gouvernement, y compris en adoptant des amendements des groupes SRC et GDR. Nous avons adopté un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) volontariste malgré la crise.

Vous êtes dans une situation de posture antigouvernementale. Le groupe UMP soutient quant à lui le projet gouvernemental tout comme Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale : cette commission mixte paritaire ne peut donc réussir.

M. Jean-Pierre Caffet, sénateur. Je souhaiterais rassurer d'emblée mes collègues de l'Assemblée nationale : le Sénat n'est pas devenu un *soviet*, c'est une assemblée républicaine qui se prononce, non en fonction d'une idéologie, mais en fonction de ce qu'elle pense être l'intérêt général et l'intérêt des Français. Contrairement à ce qui a été dit, nous ne sommes pas irresponsables, terme que je récuse. Car la première irresponsabilité est de laisser filer les déficits et s'alourdir la dette : je rappelle que l'année dernière, ce sont 130 milliards d'euros de dette supplémentaires qui ont été transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Le déficit a atteint un niveau historique en 2010, les chiffres 2011 n'ont guère témoigné d'une amélioration et les prévisions pour 2012 se présentent sous un jour particulièrement défavorable. Ce ne sont pas les représentants du Sénat qui affirment que ces déficits ne sont pas uniquement dus à la crise, c'est la Cour des comptes qui estime que sur le 1,2 point de PIB de déficit du régime général, plus de la moitié est due à l'absence de mesure structurelle prise par le Gouvernement. C'est donc un mauvais procès que la majorité présidentielle fait à la majorité sénatoriale en la taxant d'irresponsabilité.

S'agissant des dépenses supplémentaires et des nouvelles recettes votées par le Sénat, je rappelle qu'elles ne correspondent qu'à quatre mesures nouvelles. Reprocher au Sénat de créer des taxations nouvelles est là encore infondé. Bien que le Gouvernement se targue de privilégier les économies plutôt que les recettes nouvelles, je constate que, tant dans le dernier collectif budgétaire que dans le projet de loi de finances ou le projet de loi de financement de la sécurité sociale, les mesures de redressement annoncées à hauteur de 8 milliards d'euros ne correspondent à des économies qu'à hauteur de 2 milliards d'euros, contre 6 milliards d'euros de recettes nouvelles. Ce qui fait donc 25 % d'économies contre 75 % de recettes nouvelles.

Par ailleurs, sur le contenu des recettes dégagées par le Sénat, il s'agit d'un simple déplacement de curseur. Nous n'avons pas créé le forfait social ou l'imposition sur les revenus du capital. Nous nous sommes contentés de gager la suppression de la taxe sur les mutuelles, dont nous sommes par ailleurs persuadés qu'elle sera répercutée dans sa quasi-totalité sur ceux qui ont souscrit des contrats, à hauteur de 0,5 milliard d'euros, par une augmentation de 8 % à 11 % du forfait social. Je rappelle que le Gouvernement avait lui-même proposé une hausse de 6 % à 8 % de ce forfait. De même, pour compenser l'autre moitié de la suppression de la taxe, nous avons procédé à une augmentation plus limitée de la taxation sur les revenus du capital, à hauteur de 0,5 point alors que le Gouvernement a proposé une augmentation de 1,2 point, passant de 12,3 à 13,5. Je considère que nous nous sommes donc montrés extrêmement mesurés sur la partie recettes du projet de loi.

S'agissant en revanche de la suppression du dispositif de défiscalisation des heures supplémentaires, nous avons un désaccord de fond, radical, avec la majorité présidentielle. Or nous ne manquons pas d'argument : dans le rapport Guillaume, cette mesure a reçu la note un sur trois. C'est-à-dire qu'elle est considérée comme inefficace. Elle est en outre onéreuse puisqu'elle coûte 5 milliards d'euros par an : 1,5 milliard d'euros au titre de l'impôt sur le revenu et 3,5 milliards d'euros au titre des charges sociales. Les conclusions du rapport du Comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale sur le dispositif de la loi « TEPA » sont sans équivoque, Jean Mallot, en tant que co-rapporteur avec Jean-Pierre Gorges, pourrait nous les détailler. Ainsi, le rapport recommandait à tout le moins la suppression immédiate des exonérations de cotisations patronales, avant la suppression totale du dispositif. Au total, nous avons procuré 5 milliards d'euros de recettes nouvelles pour la sécurité sociale et abaissé la prévision du déficit en supprimant un dispositif inefficace, ce qui me paraît faire preuve de responsabilité contrairement à ce que prétend la majorité à l'Assemblée nationale.

M. Denis Jacquat, député. Le constat est clair, nous sommes face à deux perspectives opposées, l'une de politique politicienne et l'autre de politique sociale. Je soutiens les propos d'Yves Bur et je pense qu'il est inutile de continuer notre discussion.

M. Jean Malot, député. Je n'ai rien à ajouter à ce qui a été dit par mes collègues de gauche, mais je souhaite revenir sur la soi-disant suppression des heures supplémentaires que nous proposerions. Le texte adopté par le Sénat supprime simplement l'article 1^{er} de la loi « TEPA », qui constitue une véritable « subvention » des heures supplémentaires. Je rappelle en effet qu'elle s'applique à des heures supplémentaires qui seraient de toute façon effectuées : cette mesure constitue donc un effet d'aubaine massif. Elle coûte 0,3 % de PIB, alors qu'elle n'en rapporte que 0,15 %, et elle est financée par la dette, puisque l'argent est emprunté sur les marchés financiers. C'est un cas d'école !

Enfin, je tiens à apporter mon soutien à Annie David, dont la présidence a été gravement mise en cause hier lors de la commission mixte paritaire convoquée au Sénat sur les dispositions restant en discussion du projet de loi visant à renforcer la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Les débats sont aujourd'hui beaucoup plus sereins, ce dont je me félicite.

Mme Martine Pinville, députée. Je rejoins les propos tenus par Marisol Touraine et par nos collègues de la majorité sénatoriale. Je suis surprise que la majorité à l'Assemblée nationale considère que les propositions du Sénat ne sont pas suffisamment responsables, alors même que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 qui a été présenté par le Gouvernement est loin d'être exemplaire : pour la branche famille, on constate ainsi un déficit préoccupant sans qu'un retour à l'équilibre ne soit prévu avant 2023 ! Nous n'avons donc pas de leçons à recevoir en ce domaine.

M. Alain Milon, sénateur. Je ne voudrais pas que l'on croit que l'opposition sénatoriale est muette, et elle n'est en outre pas sourde : elle a bien entendu qu'il n'y avait aucune chance d'accord entre les deux assemblées. Elle a également constaté la suppression par la majorité sénatoriale de deux mesures très attendues en matière de santé concernant les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD), d'une part, et le dépistage précoce des troubles de l'audition chez le nouveau-né, d'autre part.

M. Jean-Luc Prével, député. Je souhaiterais revenir sur quelques points. S'agissant des tableaux d'équilibre 2010-2011, pourquoi la majorité sénatoriale n'a-t-elle rien fait puisqu'elle en dénonce l'absence de validité ? Par ailleurs, en tant que porte-parole du groupe Nouveau Centre, je tiens à rappeler la demande de notre groupe de voter le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 en équilibre, ce que le Sénat n'a pas réussi à faire. Il reste 8,2 milliards d'euros non financés, qui auraient pu l'être par le biais d'une augmentation de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Je tiens à rappeler également que nous sommes favorables à l'institution d'enveloppes régionales et d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie. Enfin, je ne partage pas les remarques de notre collègue Jean-Pierre Door s'agissant des modifications apportées par le Sénat au Fonds d'intervention régional (FIR).

Mme Muguette Dini, sénatrice. Au nom des centristes du Sénat, je tiens également à indiquer que nous ne sommes pas du tout favorables aux propositions de la majorité sénatoriale. Celles du groupe centriste auraient en revanche permis de rééquilibrer le système, via une augmentation de la CRDS et un alignement du taux de la contribution sociale généralisée des retraités redevables de l'impôt sur le revenu sur celui des actifs. Je ne peux également qu'exprimer notre désaccord avec la suppression du dépistage des troubles de l'audition et du relèvement de la taxe sur les contrats d'assurance maladie complémentaire.

M. Ronan Kerdraon, sénateur. Un des grands sujets absent du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 est celui de la dépendance, en dépit des promesses du Président de la République. C'est une vraie déception pour les élus, les familles et les associations. Les propos péremptoires et sans nuance, les termes « irresponsable » et « ubuesque » employés par la majorité présidentielle pour qualifier l'action du Sénat me paraissent donc largement déplacés.

Mme Chantal Jouanno, sénatrice. Ces propos ne sont qu'une réponse à un communiqué de presse peu amène, taxant lui-même la majorité d'irresponsabilité. Nous sommes confrontés à un profond constat de désaccord. Je souligne toutefois que s'il paraît aujourd'hui à la gauche inopportun d'engager une concertation sur un engagement supplémentaire des Français pour financer leur protection sociale, comme l'a proposé le Président de la République, les quelques 5 milliards d'euros de financements supplémentaires que le Sénat a dégagés dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 reposent sur l'emploi et les salaires : ce sont des prélèvements supplémentaires sur les

salariés ! Parallèlement, aucune proposition de maîtrise des dépenses n'a été formulée, alors que le déficit de la sécurité sociale est structurel. Vous devriez plutôt vous féliciter que l'ONDAM ait été respecté ces dernières années. Le Président de la Cour des comptes, que vous citez souvent, a, à cet égard, rappelé qu'avant toute mesure de financement supplémentaire, il convenait de maîtriser les dépenses.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Merci madame Jouanno, je voudrais ajouter quelques mots, j'ai toujours pensé que la vérité était dans la nuance, donc j'aurais pu accepter quelques amendements, mais il y a trois points qui rendent impossible l'élaboration d'un compromis.

Le premier de ces désaccords porte sur votre affirmation selon laquelle le Gouvernement laisse filer les déficits. Lorsque le budget avait été élaboré en 2007, je rappelle que non seulement l'ONDAM avait été respecté mais aussi que les dépenses augmentaient moins vite que la richesse nationale. Sans la crise qui nous a touchés, au même titre que les autres pays, le déficit ne se serait pas aggravé.

Si le Gouvernement n'a pas voulu supprimer complètement le déficit, c'est parce qu'il s'agissait de ne pas casser en même temps la croissance. La masse très importante d'augmentation de dépenses sociales de l'ordre de 3 % par an a été un facteur de correction des inégalités dans la société française, au point qu'aujourd'hui sur les vingt-sept pays de l'Union européenne, nous nous situons au troisième ou au quatrième rang dans la lutte contre la pauvreté, et ce du fait du poids de ces dépenses sociales qui ont augmenté fortement. Ne caricaturons donc pas les déficits, ils nous ont permis d'être le seul pays à avoir pu maintenir le pouvoir d'achat durant la crise.

Le deuxième point de désaccord porte sur les heures supplémentaires, elles ne sont que la conséquence de ce que j'appelle, comme le font nos voisins allemands, la catastrophe des trente-cinq heures. Autant j'étais favorable aux trente-cinq heures pour les métiers pénibles, autant l'extension de ce dispositif à tous les autres secteurs a été un facteur d'aggravation des inégalités. Expliquez-moi comment vous faites dans les bassins industriels ou dans la construction pour recruter si nous supprimons, comme vous le préconisez, la défiscalisation des heures supplémentaires. La défiscalisation des heures supplémentaires permet à ceux qui en ont le plus besoin de pouvoir améliorer leur pouvoir d'achat. Nous n'avons pas voulu supprimer les trente-cinq heures pour ne pas déclencher une guerre idéologique, mais il a bien fallu leur apporter des corrections par le biais de la défiscalisation des heures supplémentaires.

Le troisième et dernier point concerne la contribution des autres revenus que ceux du travail. S'il est vrai qu'on peut y trouver des marges, je voudrais vous rappeler que nous sommes dans un monde ouvert où les capitaux peuvent circuler. Je me rappelle des années 1982 et 1983, où le Gouvernement de l'époque avait mené une politique budgétaire exactement contraire à celle qui avait été annoncée en 1981, période durant laquelle la part du travail dans le partage de la valeur

ajoutée a baissé de huit points et où le pouvoir d'achat s'est érodé. Aussi, mes chers collègues, je vous enjoins à vous souvenir de cela et à faire preuve d'humilité lorsque l'on établit un budget.

Mme Annie David, sénatrice, vice-présidente. Sur ces trois points que vous soulevez, je n'ai pas la même analyse. De plus, je me souviens aussi des années 1981, 1982 et 1983, j'étais alors salariée et je me rappelle de la joie des employés lors de cette grande victoire de la gauche qu'était la retraite à soixante ans. Je ne veux pas prolonger le débat, il est temps soit de commencer l'examen des articles, soit de constater l'échec de la commission mixte paritaire.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Je partage cet avis.

M. Yves Daudigny, rapporteur pour le Sénat. C'est sans surprise que l'on constate ce désaccord, encore faut-il ne pas caricaturer les différentes positions qui ont été exprimées par les uns et les autres. La majorité sénatoriale a travaillé avec sérénité, raison et responsabilité. Je voudrais réfuter l'accusation selon laquelle il y aurait des élus responsables d'un côté et des élus irresponsables de l'autre. Nous pensons que l'irresponsabilité de ces dernières années a été de laisser filer la dette sociale et de ne pas avoir pris en compte le déficit de 13 milliards d'euros, et encore prévu en 2015 à 10 milliards d'euros.

Notre responsabilité est d'assurer l'équilibre des comptes sociaux, comme dans tous les grands pays comparables à la France. Cela doit passer par des recettes nouvelles, c'est la grande différence qui existe entre vous et nous. Aussi je n'accepte pas l'accusation d'un jeu politicien qui s'opposerait au pragmatisme de la majorité gouvernementale. Le Président de la République, parlant dans son discours d'hier de « voleurs » ou de « tricheurs » pour désigner les fraudeurs, ne s'inscrit pas dans un discours responsable mais dans un discours de campagne. Face à cette crise difficile dont l'issue est incertaine, nous avons une obligation de prudence.

La commission des affaires sociales du Sénat, dans une configuration différente, avait proposé avant 2008 des mesures de résorption des déficits qui auraient considérablement amoindri les conséquences de la crise économique sur les comptes sociaux.

Je veux revenir sur la question du Fonds d'intervention régional (FIR). Nous n'avons pas exprimé d'opposition à la mise en place de ce fonds, nous avons déposé un certain nombre d'amendements et au regard des explications fournies par la ministre, nous en avons retiré certains, notamment celui qui préconisait un décalage dans la mise en application de ce fonds. Nous avons maintenu avec force un amendement prévoyant que son montant soit voté annuellement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, et ce faisant nous ne faisons que suivre la position de la commission des finances de l'Assemblée nationale. Il n'y a donc pas eu d'opposition dogmatique à la mise en place de ce fonds, mais des demandes d'éclaircissements, car il faut que le

Parlement puisse conserver son droit de regard sur 1,5 milliard d'euros de dépenses sociales.

Voilà, mes chers collègues, quelques points que je tenais à préciser à l'issue de cette discussion.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. En accord avec Annie David, je pense que nous pouvons constater l'échec de cette commission mixte paritaire.

La commission mixte paritaire constate qu'elle ne peut parvenir à élaborer un texte commun sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale

**Projet de loi de financement de la sécurité sociale
pour 2012**

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2010, 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	165,2	176,5	-11,4
Vieillesse	183,3	194,1	-10,8
Famille	50,8	53,5	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,9	12,6	-0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	401,9	427,5	-25,5

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

(En milliards d'euros)

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

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 (FSV)	9,8	13,8	-4,1

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 161,8 milliards d'euros ;

Texte adopté par le Sénat

**Projet de loi de financement de la sécurité sociale
pour 2012**

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010

Article 1^{er}

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, s'élevant à 2,3 milliards d'euros ;

6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 5,1 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2010, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er}, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2011

Section 1

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

Article 3

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

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 134-3 est ainsi modifié :

a) Au début de la première phrase, les mots : « La caisse de prévoyance » sont remplacés par les mots : « La caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie » ;

b) (*nouveau*) Au début de la seconde phrase, les mots : « La caisse de prévoyance » sont remplacés par les mots : « Cette caisse » ;

2° L'article L. 134-5 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du deuxième alinéa, les mots : « de prévoyance » sont remplacés par les mots : « chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie » ;

b) L'avant dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« 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

Texte adopté par le Sénat

Article 2

Supprimé

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2011

Section 1

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

Article 3

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche Maladie maternité du régime créancier. » ;

3° L'avant dernier alinéa de l'article L. 134-5-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« 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. »

Article 4

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

1° Les prévisions de recettes 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	171,7	181,3	-9,6
Vieillesse	194,4	202,6	-8,1
Famille	52,9	55,5	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,0	12,9	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	421,8	442,1	-20,2

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	147,8	157,4	-9,6
Vieillesse	100,6	106,6	-6,0
Famille	52,4	55,1	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6	11,6	0,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	303,1	321,3	-18,2

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	13,8	17,6	-3,8

Texte adopté par le Sénat

Article 4

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 5

I. – Au titre de l'année 2011, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale demeure fixé conformément au I de l'article 37 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

II. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites demeurent fixées conformément au II du même article 37.

III. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à 0,39 milliard d'euros.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

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

Article 7

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

Article 8

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

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	181,3
Vieillesse	202,6
Famille	55,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	442,1

Texte adopté par le Sénat

Article 5

Supprimé

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

Supprimé

Article 7

Supprimé

Article 8

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	157,4
Vieillesse	106,6
Famille	55,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	321,3

Article 9

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

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2011

Section 1

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

Texte adopté par le Sénat

Article 9

Supprimé

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2011

Section 1

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

Article 10 AA (nouveau)

I. – Au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts, le taux : « 7 % » est remplacé par le taux : « 3,5 % ».

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du 1 ci-dessus est compensée, à due concurrence, pour moitié, par la hausse de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale et, pour moitié, par la hausse du taux mentionné à l'article L. 245-16 du même code.

Article 10 AB (nouveau)

I. – L'article 995 du code général des impôts est complété par un 18° ainsi rédigé :

« 18° (nouveau) Les contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les ressortissants du régime étudiant de sécurité sociale, si ces garanties respectent les conditions définies à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I ci-dessus est compensée, à due concurrence, par la hausse de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

Article 10 AC (nouveau)

I. – Le dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Sont exonérés de l'obligation de prévoir la prise en charge totale ou partielle de ces prestations les contrats couvrant les seuls risques liés à l'hospitalisation. »

II. – La perte des recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence, pour moitié, par la hausse de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale et, pour moitié, par la hausse du taux mentionné à l'article L. 245-16 du même code.

Article 10 AD (nouveau)

L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – En sus de la participation mentionnée au I, pour la période 2012-2015, une franchise annuelle exceptionnelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs aux prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1.

« Le montant de la franchise est forfaitaire et varie en fonction des revenus de l'assuré soumis au barème de l'impôt sur le revenu fixé par l'article 197 du code général des impôts. Il est calculé selon les modalités suivantes :

« 1° 200 euros pour l'assuré dont le revenu est supérieur au plafond de la deuxième tranche ;

« 2° 300 euros pour l'assuré dont le revenu est supérieur au plafond de la troisième tranche.

« Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé visés dans ce paragraphe bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être directement versées 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.

« Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent IV. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 10 AE (nouveau)

L'article 235 ter ZD du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Le III est ainsi rédigé :

« III. – Le taux de la taxe est fixé à 0,05 % à compter du 1^{er} janvier 2012.

« Ce taux est majoré à 0,1 % lorsque les transactions visées au I ont lieu avec des États classés par l'Organisation de coopération et de développement économiques dans la liste des pays s'étant engagés à mettre en place les normes fiscales de transparence et d'échange sans les avoir mises en place, liste annexée au rapport de l'organisation précitée sur la progression de l'instauration des standards fiscaux internationaux.

« Ce taux est majoré à 0,5 % lorsque les transactions visées au I ont lieu avec des États classés par l'Organisation de coopération et de développement économiques dans la liste des pays ne s'étant pas engagés à mettre en place les normes fiscales de transparence et d'échange, liste annexée au rapport de l'organisation précitée sur la progression de l'instauration des standards fiscaux internationaux.

« Le taux applicable est modifié en loi de finances à chaque publication des listes par l'Organisation de coopération et de développement économiques. » ;

2° Le IV est abrogé.

Articles 10 A et 10 B

.....Conformes.....

Article 10

Article 10

I (*nouveau*). – L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° est abrogé ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa, ne sont pas assujettis à cette contribution les employeurs de moins de dix salariés au titre des contributions versées au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance. »

II. – L'article L. 137-16 du même code est ainsi modifié :

1° À la fin du premier alinéa, le taux : « 6 % » est remplacé par le taux : « 8 % » ;

2° À la fin du 1°, le taux : « 1,65 % » est remplacé par

1° ...

... le taux : « 11 % » ;

2° ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

le taux : « 5 % » ;

3° (nouveau) Au 2°, les taux : « 4,35 % » et « 0,77 % » sont, respectivement, remplacés par les taux : « 3 % » et « 0,5 % ».

III (nouveau). – La section 1 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} du même code est ainsi modifiée :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Dispositions communes » ;

2° Les articles L. 137-1 et L. 137-2 sont abrogés ;

3° L'article L. 137-3 est ainsi modifié :

a) Le début de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigé : « Les contributions mentionnées au présent chapitre, sauf dispositions expresses contraires, sont recouvrées et contrôlées par les... (le reste sans changement). » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « la taxe » sont remplacés par les mots : « ces contributions » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « la taxe » sont remplacés par les mots : « les contributions » et les mots : « est directement recouvrée et contrôlée » sont remplacés par les mots : « sont directement recouvrées et contrôlées » ;

4° À la première phrase de l'article L. 137-4, les mots : « à la taxe visée à l'article L. 137-1 relèvent » sont remplacés par les mots : « aux contributions mentionnées au présent chapitre relèvent, sauf dispositions expresses contraires, ».

IV (nouveau). – Le 2° de l'article L. 131-8, le 2 de l'article L. 137-5, le III des articles L. 137-10 et L. 137-11, le IV de l'article L. 137-13 et l'article L. 137-17 du même code sont abrogés et le dernier alinéa de l'article L. 137-12 du même code est supprimé.

V (nouveau). – Au second alinéa de l'article L. 6331-42 du code du travail, les mots : « la taxe mentionnée à l'article L. 137-1 » sont remplacés par les mots : « les contributions mentionnées au chapitre VII du titre III du livre I^{er} ».

Texte adopté par le Sénat

... le taux : « 8 % » ;

IV. – Le 2° de l'article L. 131-8, le 3 de ...

... supprimé.

Article 10 bis A (nouveau)

Le I de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1°, le taux : « 16 % » est remplacé par le taux : « 19 % » ;

2° Au dernier alinéa, les taux : « 12 % » et « 24 % » sont remplacés respectivement par les taux : « 15 % » et « 27 % ».

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 10 bis B (nouveau)

Au II bis de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale, le mot : « huit » est remplacé par le mot : « cinq ».

Article 10 bis C (nouveau)

L'article L. 137-11-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du deuxième alinéa est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

« Pour les rentes dont la valeur mensuelle est comprise entre 1 000 € par mois et deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, ce taux est fixé à 14 %. Pour les rentes dont la valeur mensuelle est comprise entre deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale et trois fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, ce taux est fixé à 20 %. Pour les rentes dont la valeur mensuelle excède trois fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, ce taux est fixé à 25 % » ;

2° Les deuxième et dernière phrases du troisième alinéa sont remplacées par quatre phrases ainsi rédigées :

« Le taux de cette contribution est fixé à 7 % pour les rentes dont la valeur mensuelle est comprise entre 400 et 600 € par mois. Pour les rentes dont la valeur mensuelle est comprise entre 600 € par mois et deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, ce taux est fixé à 14 %. Pour les rentes dont la valeur mensuelle est comprise entre deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale et trois fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, ce taux est fixé à 20 %. Pour les rentes dont la valeur mensuelle excède trois fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, ce taux est fixé à 25 % » ;

3° La première phrase du dernier alinéa est supprimée.

Article 10 bis D (nouveau)

Le II de l'article L. 137-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase, le taux : « 14 % » est remplacé par le taux : « 20 % » ;

2° La deuxième phrase est supprimée.

Article 10 bis E (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 137-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, le taux : « 8 % » est remplacé par le taux : « 10 % » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

2° La seconde phrase est supprimée.

Article 10 bis F (nouveau)

Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 12 ainsi rédigée :

« Section 12

« Contribution patronale sur la part variable de rémunération des opérateurs de marchés financiers

« Art. L. 137-27. – Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse une contribution de 20 %, à la charge de l'employeur, sur la part de rémunération variable dont le montant excède le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 versée, sous quelque forme que ce soit, aux salariés des prestataires de services visés au livre V du code monétaire et financier. »

Article 10 bis G (nouveau)

Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 13 ainsi rédigée :

« Section 13

« Contribution patronale sur les nouvelles technologies se substituant aux travailleurs

« Art L. 137-28. – Lorsque l'employeur procède à un licenciement pour motif économique résultant de l'introduction dans l'entreprise de nouvelles technologies se substituant aux travailleurs, il s'acquitte d'une cotisation sociale au titre de l'assurance vieillesse au cours des trois années à compter de la date du licenciement.

« Le montant de cette cotisation est équivalent au deux tiers du montant global des cotisations sociales dont l'employeur aurait dû s'acquitter pour chacun des employés remplacés.

« Les modalités de règlement sont déterminées par décret. »

Article 10 bis H (nouveau)

L'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au I, le taux : « 3,4 % » est remplacé par le taux : « 3,9 % » ;

2° Au II, le taux : « 0,6 % » est remplacé par le taux :

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 10 bis

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

1° Le premier alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

« Les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes :

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

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

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

« sont exonérées de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales.

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

« a) Des personnes mentionnées au I ;

« b) Des bénéficiaires soit de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les structures susmentionnées et un organisme de sécurité sociale, soit des prestations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles ou de prestations d'aide et d'accompagnement aux familles dans le cadre d'une convention conclue entre ces structu-

Texte adopté par le Sénat

« 1,1 % ».

Article 10 bis I (nouveau)

Avant le 31 décembre 2011, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conséquences, pour les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, de l'application de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale. Ce rapport fait état des contrôles en cours par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales sur les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et identifie les solutions à apporter pour faciliter la gestion des personnels et permettre une permanence de la mission sociale des collectivités concernées.

Article 10 bis

« b) Des ...

... familles ou des mêmes prestations d'aide ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

res et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les tâches effectuées au bénéfice des personnes visées au *a* du I du présent article, du plafond prévu par ce même *a*. » ;

2° Au deuxième alinéa, la référence : « l'alinéa ci-dessous » est remplacée par la référence : « le présent III » ;

3° À la fin du dernier alinéa, la référence : « premier alinéa du présent paragraphe » est remplacée par la référence : « présent III ».

Article 10 ter (nouveau)

À la première phrase du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « deux ».

Article 10 quater (nouveau)

L'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Toute somme ou avantage alloué à un salarié par une personne n'ayant pas la qualité d'employeur en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt de ladite personne est une rémunération assujettie aux cotisations de sécurité sociale et aux contributions mentionnées aux articles L. 136-1 du présent code,

Texte adopté par le Sénat

... même *a*. » ;

Article 10 ter

I. –

II (nouveau). – À titre transitoire, par dérogation aux dispositions du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, la limite d'exclusion d'assiette visée au même article est fixée à un montant égal à trois fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du même code pour les indemnités versées en 2012 dans les cas suivants :

1° Au titre d'une rupture notifiée le 31 décembre 2011 au plus tard ou intervenant dans le cadre d'un projet établi en application de l'article L. 1233-61 du code du travail et communiqué au plus tard le 31 décembre 2011 en application des articles L. 1233-10, L. 1233-31 et L. 1233-32 du même code ;

2° Au titre d'une rupture notifiée en 2012 lorsque le montant de l'indemnité légale ou conventionnelle est supérieur à deux fois la valeur annuelle du plafond susmentionné. Dans ce cas, la limite d'exclusion ne peut toutefois excéder le montant prévu soit par la loi soit par la convention ou l'accord collectif en vigueur au 31 décembre 2011.

Article 10 quater A (nouveau)

À la deuxième phrase du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, le nombre : « trente » est remplacé par le nombre : « dix ».

Article 10 quater

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

« Dans les cas où le salarié concerné exerce une activité commerciale ou en lien direct avec la clientèle pour laquelle il est d'usage qu'une personne tierce à l'employeur alloue des sommes ou avantages au salarié au titre de cette activité, cette personne tierce verse à l'organisme de recouvrement dont elle dépend une contribution libératoire dont le montant est égal à 20 % de la part de ces rémunérations qui excède pour l'année considérée un montant égal à 15 % de la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois sur la base de la durée légale du travail. Les cotisations et les contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi ne sont pas dues sur ces rémunérations. Cette contribution libératoire ne s'applique que sur la part des rémunérations versées pour un an qui n'excède pas la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois ; la part supérieure à ce plafond est assujettie aux cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa. » ;

2° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « et de l'organisme de recouvrement » sont supprimés ;

3° Après le mot : « libératoire », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « mentionnée au deuxième alinéa sont réparties entre les attributaires des cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa. »

Article 11

I. – La quatrième phrase du premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Les mots : « hors rémunération des heures complémentaires et supplémentaires dans la limite, en ce qui concerne la majoration salariale correspondante, des taux de 25 % ou 50 %, selon le cas, prévus au I de l'article L. 3121-22 du code du travail et à l'article L. 713-6 du code rural et de la pêche maritime et » sont supprimés ;

2° Sont ajoutés les mots : « augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu ».

Texte adopté par le Sénat

Article 10 quinquies (nouveau)

L'article 1^{er} de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat est abrogé.

Article 11

I bis (nouveau). – Le VII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

II. — L'article L. 131-8 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « sécurité sociale », sont insérés les mots : « et les fonds mentionnés au présent article » ;

2° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du deuxième alinéa, le taux : « 59,9 % » est remplacé par le taux : « 59,03 % » ;

b) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 23,4 % » est remplacé par le taux : « 24,27 % » ;

3° Après le 6°, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 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 58,10 % ;

« b) À la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 7,86 % ;

« 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 15,44 % ;

« 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) Aux branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 9,18 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;

« f) À l'Établissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la Société nationale des chemins de fer français et de la Régie autonome des transports parisiens et à la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,60 %, répartie dans des

Texte adopté par le Sénat

—

« VII. — La réduction est supprimée lorsque l'employeur n'a pas conclu d'accord relatif à l'égalité professionnelle dans le cadre des obligations définies aux articles L. 2242-5 et L. 2242-8 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code ou qu'il n'a pas établi le plan d'action visé à l'article L. 2323-47. La suppression de la réduction est cumulable avec la pénalité prévue à l'article L. 2242-5-1 du code du travail. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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. 351-6 du code de la construction et de l'habitation, pour une fraction correspondant à 1,48 % ;

« i) Au fonds mentionné à l'article L. 5423-24 du code du travail, pour une fraction correspondant à 1,25 % ;

« j) À la compensation, dans les conditions définies à l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008, des mesures définies aux articles L. 241-17 et L. 241-18 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,89 % . »

III. – À titre dérogatoire, l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable, pour l'année 2012, sous réserve des adaptations suivantes du 7° du même article :

1° À la fin du *a*, le taux : « 58,10 % » est remplacé par le taux : « 52,33 % » ;

2° À la fin du *b*, le taux : « 7,86 % » est remplacé par le taux : « 11,17 % » ;

3° Au *e*, le taux : « 9,18 % » est remplacé par le taux : « 10 % » ;

4° Au *f*, le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,66 % » ;

5° Il est ajouté un *k* ainsi rédigé :

« *k*) À la branche mentionnée au 2° de l'article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 1,58 % . »

IV. – L'article L. 241-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le septième alinéa est ainsi rédigé :

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

2° Il est ajouté un 8° ainsi rédigé :

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

V. – L'article L. 241-6 du même code est complété par un 8° ainsi rédigé :

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

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

VI. – Le 8° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« 8° Une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts ; ».

VII. – Les I et II de l'article L. 741-9 du même code sont complétés par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Par une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts. »

VIII. – L'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 est abrogé.

IX. – Le 4° du II de l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008 est ainsi rédigé :

« 4° Une fraction du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. »

Texte adopté par le Sénat

Article 11 bis (nouveau)

La section 4 du chapitre I^{er} du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 241-19 ainsi rédigé :

« Art. L. 241-19. – Les entreprises de plus de vingt salariés, dont le nombre de salariés à temps partiel est au moins égal à 25 % du nombre total de salariés de l'entreprise, sont soumises à un abattement de 20 % du montant de la réduction des cotisations sociales dont elles bénéficient en application de l'article L. 241-13. »

Article 12

.....Conforme.....

Article 13

.....Suppression conforme.....

Article 13 bis

.....Conforme.....

Article 13 ter (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 136-6 est complété par un IV ainsi rédigé :

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

« IV. – Par dérogation aux dispositions du III, la contribution portant sur les redevances visées aux articles L. 7121-8 et L. 7123-6 du code du travail et versées aux artistes du spectacle et aux mannequins est précomptée, recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale. » ;

2° Le second alinéa de l'article L. 131-9 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« 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. »

Article 14

.....Conforme.....

Article 15

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

1° Le tableau du a est ainsi rédigé :

Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètres)	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)
Inférieur ou égal à 50	0
Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100	1
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	11,5
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	18
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	21,5
Supérieure à 250	27

Article 15

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

1° bis (nouveau) Après ce même tableau, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les véhicules spécialement équipés pour fonctionner au moyen du superéthanol E85 mentionné au tableau B du 1 de l'article 265 du code des douanes bénéficient d'un abattement de 40 % sur les taux d'émission de dioxyde de carbone, au sens de la directive 2007/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 5 septembre 2007, précitée, figurant dans le tableau mentionné au présent a. Cet abattement ne s'applique pas aux véhicules dont les émissions de dioxyde de carbone sont supérieures à 250 grammes par kilomètre. » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

PUISSANCE FISCALE (en chevaux-vapeur)	TARIF applicable (en euros)
Inférieure ou égale à 3	750
De 4 à 6	1 400
De 7 à 10	3 000
De 11 à 15	3 600
Supérieure à 15	4 500

II. – L'article 1010 A du même code est abrogé.

III. – Le présent article s'applique à compter de la période d'imposition s'ouvrant le 1^{er} octobre 2011.

Article 16

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

1° L'avant-dernier alinéa de l'article 317 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce droit réduit est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. » ;

2° L'article 402 *bis* est ainsi modifié :

a) Au début du deuxième alinéa, le montant : « 56,40 € » est remplacé par le montant : « 45 € » ;

b) Au début du troisième alinéa, le montant : « 223,51 € » est remplacé par le montant : « 180 € » ;

Texte adopté par le Sénat

Il bis (nouveau). – Les véhicules combinant l'énergie électrique et une motorisation à l'essence ou au gazole et émettant moins de 110 gammes de CO₂ par kilomètre parcouru sont exonérés de la taxe prévue à l'article 1010 du code général des impôts.

Cette exonération s'applique pendant une période de huit trimestres décomptée à partir du premier jour du premier trimestre en cours à la date de première mise en circulation du véhicule.

IV (nouveau). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 15 bis (nouveau)

Avant le 1^{er} avril 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les moyens à mettre en œuvre pour mieux cibler les consommations excessives de boissons alcoolisées en analysant les comportements à risque et réfléchir, en cohérence, à une refonte globale de la fiscalité sur les boissons alcoolisées.

Article 16

Texte adopté par l'Assemblée nationale

c) Au début de la dernière phrase du dernier alinéa, le mot : « Il » est remplacé par une phrase et les mots : « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif » ;

3° L'article 403 est ainsi modifié :

a) Au début du 2° du I, le montant : « 1 514,47 € » est remplacé par le montant : « 1 660 € » ;

b) Au début de la dernière phrase du II, le mot : « Il » est remplacé par une phrase et les mots : « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif » ;

4° Au début de la dernière phrase du dernier alinéa de l'article 438, le mot : « Il » est remplacé par une phrase et les mots : « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif » ;

5° Au début de la dernière phrase du dernier alinéa du a du I de l'article 520 A, le mot : « Il » est remplacé par une phrase et les mots : « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif ».

II. – La section 3 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article L. 245-8, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 18 % » ;

2° L'article L. 245-9 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Le montant de la cotisation est fixé à :

« 1° 533 € par hectolitre d'alcool pur pour les boissons définies au b du I de l'article 401 du code général des impôts ;

« 2° 45 € par hectolitre pour les autres boissons.

« Ce montant ne peut excéder 40 % du droit d'accise applicable à la boisson concernée. » ;

b) Au début de la dernière phrase du dernier alinéa, le mot : « Il » est remplacé par une phrase et les mots : « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif ».

Texte adopté par le Sénat

1° Le premier alinéa de l'article L. 245-8 est complété par les mots : « pour les boissons définies au b du I de l'article 401 du code général des impôts, et à 18 % vol. pour les autres boissons » ;

« 2° 55 € par hectolitre pour les autres boissons.

Article 17

.....Conforme.....

Article 17 bis (nouveau)

Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2012 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux K est fixé à 0,5 %.

Article 17 bis

Au 3° du I de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, après le mot : « publicitaires », la fin de la phrase est supprimée.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 18

Conforme.

Article 19

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
1° L'article L. 5121-18 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5121-18.* – Les redevables des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts adressent à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code et au Comité économique des produits de santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les médicaments, produits de santé, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro donnant lieu au paiement de chacune de ces taxes, ainsi qu'à leur régime de prise en charge ou de remboursement. Les déclarations sont établies conformément aux modèles fixés par décision du directeur général de l'agence mentionnée au même article L. 5311-1.

« Toute personne qui effectue la première vente en France d'un médicament désigné comme orphelin en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins ou d'un médicament faisant l'objet ou ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnés au a du I de l'article L. 5121-12 est également tenue d'adresser à l'agence et au comité la déclaration des ventes réalisées pour ce médicament prévue au premier alinéa du présent article. » ;

2° À la fin de l'article L. 5122-3, les mots : « qui sont importés selon la procédure prévue à l'article L. 5121-17 » sont remplacés par les mots : « qui bénéficient d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 5123-2, les mots : « importés selon la procédure prévue à l'article L. 5121-17 » sont remplacés par les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 » ;

4° L'article L. 5321-2 est ainsi modifié :

a) Les 1° et 2° sont ainsi rédigés :

« 1° Par une subvention de l'État ;

« 2° Par des subventions d'autres collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ; »

Article 19

« 1° Par les sommes collectées au profit du Fonds national de sécurité sanitaire ;

« 2° Par des subventions de l'État, d'autres ...

...in-

ternationales ; »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

b) Le 3° est abrogé ;

c) Les 4° et 5° deviennent, respectivement, les 3° et 4° ;

5° Le chapitre I^{er} du titre II du livre III de la cinquième partie est complété par un article L. 5321-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 5321-3. – I. – Donne lieu au versement d'un droit par le demandeur l'accomplissement par l'agence des opérations suivantes :

« 1° L'analyse d'échantillons ainsi que l'évaluation de la documentation relative au protocole de contrôle transmise par le fabricant en vue de la mise en circulation des lots de médicaments immunologiques mentionnés au 6° de l'article L. 5121-1, de médicaments dérivés du sang mentionnés à l'article L. 5121-3 et de substances qui, si elles sont utilisées séparément d'un dispositif médical dans lequel elles sont incorporées comme parties intégrantes, sont susceptibles d'être considérées comme des médicaments dérivés du sang ;

« 2° Les inspections expressément demandées par un établissement réalisant les activités mentionnées à l'article L. 5138-4 afin de vérifier le respect des bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5138-3 et de délivrer, le cas échéant, le certificat attestant de ce respect ;

« 3° La fourniture de substances de référence de la pharmacopée française ;

« 4° La délivrance d'attestations de qualité destinées aux exportateurs de médicaments.

« Le montant du droit est fixé par décret dans la limite de :

« a) 4 000 € pour les opérations mentionnées au 1° ;

« b) 15 000 € pour les opérations mentionnées au 2° ;

« c) 120 € pour l'opération mentionnée au 3° ;

« d) 3 500 € pour l'opération mentionnée au 4°.

« II. – L'agence liquide le montant du droit dû pour chaque opération, qui donne lieu à l'émission d'un titre de perception ordonnancé par le ministère chargé de la santé. Le droit est recouvré au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés selon les modalités en vigueur en matière de créances étrangères à l'impôt et au domaine. » ;

6° Après l'article L. 5421-6-2, il est inséré un article L. 5421-6-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 5421-6-3. – Le fait de ne pas adresser à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1, au plus tard le

Texte adopté par le Sénat

« II. – L'agence ...

... au profit de *Fonds national de sécurité sanitaire* selon ...

... domaine. » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

31 mars de l'année en cours, la déclaration mentionnée à l'article L. 5121-18 est puni de 45 000 € d'amende.

« Le fait d'adresser une déclaration incomplète ou inexacte est puni de 25 000 €. » ;

7° À l'article L. 5422-2, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-17 » sont remplacés par les mots : « en application de l'article L. 5124-13 » ;

8° Les articles L. 5121-15, L. 5121-16, L. 5121-17, L. 5121-19, L. 5122-5, L. 5138-5, L. 5211-5-2, L. 5221-7 et L. 6221-11 sont abrogés.

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 162-16-5 et à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-17 » sont remplacés par les mots : « en application de l'article L. 5124-13 » ;

2° L'article L. 162-17-5 est abrogé ;

3° L'article L. 241 2 est complété par un 7° ainsi rédigé :

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

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

1° La section 0I du chapitre I^{er} du titre III de la deuxième partie du livre I^{er} est complétée par un V ainsi rédigé :

« V. – Prélèvements sociaux perçus au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

« Art. 1600-0 N. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France de médicaments et de produits de santé définis au II du présent article sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« II. – Les médicaments et produits de santé mentionnés au I sont les médicaments et produits de santé ayant fait l'objet d'un enregistrement au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 au sens de l'article L. 5121-8 du même code, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments, ou d'une autorisa-

Texte adopté par le Sénat

3° *Supprimé*

« V. – Prélèvements sociaux perçus au profit *du Fonds national de sécurité sanitaire*

« Art. 1600-0 N. – ...

... au profit *du Fonds national de sécurité sanitaire.*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

tion d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code.

« III. – L'assiette de la taxe est constituée, pour chaque médicament ou produit de santé mentionné au II, par le montant total hors taxe sur la valeur ajoutée des ventes, quelle que soit la contenance des conditionnements dans lesquels ces médicaments ou produits sont vendus, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes des médicaments et produits qui sont exportés hors de l'Union européenne, ainsi que des ventes de médicaments et produits expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne et des ventes de médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« V. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de médicaments et produits de santé mentionnés au II.

« Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente de chaque médicament ou produit de santé mentionné au II. La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Art. 1600-0 O. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« II. – Les dispositifs mentionnés au I sont les dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro définis à l'article L. 5221-1 du même code.

« III. – L'assiette de la taxe est constituée du montant total des ventes de dispositifs mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes portant sur les dispositifs mentionnés au même II lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne.

« IV. – Le taux de cette taxe est fixé à 0,29 %.

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

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

Texte adopté par le Sénat

« Art. 1600-0 O. – I. – Les ...

... une taxe annuelle perçue au profit du *Fonds national de sécurité sanitaire*.

« Art. 1600-0 OA (nouveau). – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France des produits définis au II du présent article sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit du Fonds national de sécurité sanitaire.

« II. – Les produits mentionnés au I sont les produits cosmétiques définis à l'article L. 5131-1 du code de la santé publique.

« III. – L'assiette de la taxe est constituée du montant total des ventes de produits mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes portant sur les produits mentionnés au même II lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne.

« IV. – Le taux de cette taxe est fixé à 0,1 %.

« V. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Art. 1600-0 P. – I. – Les redevables des taxes mentionnées au I des articles 1600-0 N et 1600-0 O déclarent ces taxes sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. Le montant de chacune des taxes concernées est acquitté lors du dépôt de la déclaration.

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

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

« III. – Lorsque les redevables des taxes mentionnées au I des articles 1600-0 N et 1600-0 O ne sont pas établis dans un État membre de l'Union européenne ou dans tout autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen et ayant conclu une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscales, ils sont tenus de faire accréditer auprès du service des impôts compétent un représentant assujéti à la taxe sur la valeur ajoutée établi en France qui s'engage à remplir les formalités incombant à ces redevables et, en cas d'opération imposable, à acquitter les taxes à leur place.

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

« Art. 1600-0 Q. – I. – Il est institué une taxe annuelle perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés due par les laboratoires de biologie médicale définis à l'article L. 6212-1 du code de la santé publique dont tout ou partie des examens sont soumis, pour l'année en cause, au contrôle national de qualité mentionné à l'article L. 6221-10 du même code.

« II. – Le montant de la taxe mentionnée au I est fixé

Texte adopté par le Sénat

en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de produits mentionnés au II.

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

« Art. 1600-0 Q. – ...
... au profit du *Fonds national de sécurité sanitaire* due ...

... code.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

forfaitairement par décret dans la limite maximale de 600 €.

« III. – Les redevables déclarent la taxe sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. La taxe est acquittée lors du dépôt de la déclaration.

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

« IV. – La taxe est constatée, recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe. » ;

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

« Section V *quinquies*

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

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

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

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

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

« 4° Demande de reconnaissance par au moins un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le directeur général de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1, mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de modification de cette autorisation ;

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

Texte adopté par le Sénat

« Droits perçus au profit du *Fonds national de sécurité sanitaire*

« Art. 1635 *bis* AE. – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit du *Fonds national de sécurité sanitaire* le ...

... chaque :

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. – Le VII de la section 2 du chapitre III du titre II

Texte adopté par le Sénat

« III bis. – ...

... de 0,25 % ...

... l'article

1635 bis AE. »

III bis (nouveau). – Le fonds national de sécurité sanitaire est administré par un conseil de gestion dont la composition, les modalités de désignation des membres et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret.

Sa gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations.

Les recettes du Fonds national de sécurité sanitaire sont constituées par les droits perçus en application de l'article 1635 bis AE du code général des impôts.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

de la première partie du livre des procédures fiscales est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique

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

V. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

VI. – Par dérogation aux dispositions du présent article, quand elle constate, après le 1^{er} janvier 2012, un versement erroné ou l'absence de versement de la part du redevable d'un des droits, taxes ou redevances à acquitter en 2011 ou au cours des exercices antérieurs et prévus à l'article 23 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005, aux articles L. 5121-15 à L. 5121-17, L. 5122-5, L. 5138-5, L. 5211-5-2, L. 5221-7, au 3° de l'article L. 5321-2 et à l'article L. 6221-11 du code de la santé publique, dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2011, l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du même code procède à la liquidation et au recouvrement des sommes restant à percevoir ou au remboursement des sommes perçues à tort conformément aux dispositions en vigueur l'année où le droit, la taxe ou la redevance était dû.

Texte adopté par le Sénat

Articles 20 à 21 bis et 22

.....Conformes.....

Section 2
Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 23

Pour l'année 2012, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et par branche à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	180,9
Vieillesse	202,8

Section 2
Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 23

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Famille	54,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	441,5

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	156,2
Vieillesse	104,9
Famille	54,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	317,9

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	14,2

Article 24

Pour l'année 2012, est approuvé 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	180,9	186,8	-5,9
Vieillesse	202,8	210,5	-7,7
Famille	54,8	57,1	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,3	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	441,5	457,1	-15,7

Article 25

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	156,2	162,2	-5,9
Vieillesse	104,9	110,7	-5,8
Famille	54,3	56,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	11,9	0,1

Texte adopté par le Sénat

Article 24

Supprimé

Article 25

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Toutes branches (hors transferts entre branches)	317,9	331,8	-13,9
--	-------	-------	-------

Article 26

Pour l'année 2012, est approuvé 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 (FSV)	14,2	18,0	-3,7

Article 27

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

II. – Pour l'année 2012, 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

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

(En milliards d'euros)

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

Article 28

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2012-2015), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Texte adopté par le Sénat

Article 26

Supprimé

Article 27

Supprimé

Article 28

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Section 3

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

Article 29

I. – L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur le revenu d'activité non salarié.

« Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sans qu'il soit tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des reports déficitaires, des exonérations et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts. En outre, les primes et cotisations mentionnées au second alinéa du I de l'article 154 *bis* du même code ne sont admises en déduction que pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. » ;

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

« Pour les travailleurs indépendants non agricoles qui font application de la section 2 du chapitre VI du titre II du livre V du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu d'activité pris en compte intègre également la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent alinéa. » ;

3° Les trois derniers alinéas sont supprimés.

II. – Au premier alinéa de l'article L. 131-6-1 du même code, les références : « aux cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6, aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 136-3 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 131-6-2 ».

III. – Au même code, il est rétabli un article L. 131-6-2 ainsi rédigé :

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

« Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu d'activité de l'avant dernière année. Pour les deux premières années d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur un revenu forfaitaire fixé par décret après consultation des organisations professionnelles concer-

Texte adopté par le Sénat

Section 3

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

Article 29

« Les ...

... sur *leur* revenu

d'activité non salarié.

« Ce ...

... En outre, les cotisations *versées aux régimes facultatifs* mentionnées ...

... en

cause *avant le 13 février 1994.* »

« Elles ...

... consultation *des conseils d'administration des orga-*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

nées.

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

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

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

III bis (nouveau). – La section 6 du chapitre II du titre IV du livre II du même code est complétée par un article L. 242-12-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 242-12-1. – Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées à titre provisoire par les organismes chargés du recouvrement sur une base majorée déterminée par référence aux dernières données connues ou sur une base forfaitaire.

« Dans ce cas, il n'est tenu compte d'aucune exonération dont pourrait bénéficier le cotisant.

« Le cotisant reste tenu de fournir les données mentionnées au premier alinéa. Sous réserve qu'il continue d'en remplir les conditions éventuelles, le montant des cotisations finalement dues tient alors compte des exonérations applicables. Le cotisant est, en outre, redevable d'une pénalité calculée sur ce montant et recouvrée sous les mêmes garanties et sanctions.

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

IV. – Le I de l'article L. 133-6-2 du même code est ainsi rédigé :

« 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.

Texte adopté par le Sénat

nismes de sécurité sociale concernés.

« Le ...

...sanctions que ces cotisations.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

V. – Au premier alinéa de l'article L. 133-6-8 du même code, les références : « aux cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 131-6-2 ».

VI. – L'article L. 136-3 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « employeurs et » sont supprimés ;

2° À la seconde phrase du deuxième alinéa, les mots : « de l'employeur et » sont supprimés ;

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« La contribution est due annuellement dans les conditions définies aux articles L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 133-6 8, ainsi que leurs dispositions réglementaires d'application dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. » ;

4° Les quatre derniers alinéas sont supprimés.

VI bis (nouveau). – L'article L. 136-4 du même code est ainsi modifié :

A. – Le I est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « visés à l'article L. 731-14 » sont remplacés par les mots : « déterminés en application des articles L. 731-14 à L. 731-15 » ;

2° La dernière phrase du deuxième alinéa est supprimée ;

3° Les première, deuxième et dernière phrases du troisième alinéa sont supprimées ;

4° L'avant-dernière phrase du même troisième alinéa est ainsi modifiée :

a) Les mots : « des déductions, abattements et exonérations mentionnés aux articles 44 *sexies*, 44 *sexies* A, 44 *undecies*, 44 *terdecies*, 44 *quaterdecies*, 73 B et 151 *septies* A du même code, » sont supprimés ;

b) Le mot : « conjoint » est remplacé par les mots : « collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole » ;

Texte adopté par le Sénat

« La ...

... ainsi que *par* leurs ...

... sécurité sociale. » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

5° Le quatrième alinéa est supprimé ;

6° Les deux derniers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime est applicable au calcul et au recouvrement de la contribution. » ;

B. – Le VI est ainsi rédigé :

« VI. – L'article L. 731-18 du code rural et de la pêche maritime est applicable au calcul de la contribution. »

VII. – L'article L. 242-11 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « employeurs et » sont supprimés et la référence : « de l'article L. 131-6 » est remplacée par les références : « des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 » ;

2° À la première phrase du second alinéa, le mot : « personnes » est remplacé par les mots : « travailleurs indépendants », le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité » et les mots : « les travailleurs indépendants » sont remplacés par le mot : « ceux ».

VIII. – L'article L. 612-4 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Le mot : « définies » est remplacé par le mot : « calculées » et la référence : « de l'article L. 131-6 » est remplacée par les références : « des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. » ;

2° Les quatre derniers alinéas sont supprimés.

VIII *bis* (nouveau). – Au second alinéa de l'article L. 612-9 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « dernier ».

IX. – L'article L. 613-1 du même code est ainsi modifié :

1° Aux premier et deuxième alinéas, les mots : « non salariés » sont remplacés par le mot : « indépendants » ;

2° Il est ajouté un 8° ainsi rédigé :

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

Texte adopté par le Sénat

a) Les mots : « définies conformément aux dispositions de l'article L. 131-6 et calculées » sont remplacés par les mots : « calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

IX *bis* (nouveau). – L'article L. 613-8-1 du même code est abrogé.

X. – L'article L. 633-10 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Le mot : « définies » est remplacé par le mot : « calculées » et la référence : « de l'article L. 131-6 » est remplacée par les références : « des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. » ;

2° Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés ;

3° Au 1° et, deux fois, au 2°, le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité ».

XI. – Au troisième alinéa de l'article L. 635-1 et au second alinéa de l'article L. 635-5 du même code, le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité ».

XII. – Au cinquième alinéa de l'article L. 642-1 du même code, à la première phrase, les mots : « professionnels non salariés » sont supprimés et, à la deuxième phrase, les mots : « revenus professionnels » sont remplacés par les mots : « revenus d'activité ».

XIII. – L'article L. 642-2 du même code est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « professionnel non salarié ou, le cas échéant, sur des revenus forfaitaires » sont remplacés par les mots : « d'activité et calculées dans les conditions définies aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 » ;

2° Les sept derniers alinéas sont supprimés.

XIII *bis* (nouveau). – À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-2-1 du même code, les références : « des cinquième, sixième et septième alinéas » sont supprimées.

XIII *ter* (nouveau). – À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 645-2 du même code, le mot : « professionnels » est remplacé par les mots : « d'activité ».

XIV. – Au premier alinéa de l'article L. 652-6 du même code, les mots : « non salariés des professions » sont remplacés par le mot : « indépendants ».

XV. – À la première phrase de l'article L. 722-4 du

Texte adopté par le Sénat

a) Les mots : « définies conformément aux dispositions de l'article L. 131-6 et calculées » sont remplacés par les mots : « calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

même code, les mots : « conformément aux deuxième à quatrième alinéas » sont remplacés par les mots : « en application ».

XVI. – Au deuxième alinéa de l'article L. 723-5 du même code, les mots : « professionnels de l'avant-dernière année tels qu'ils sont définis aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « définis conformément aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 ».

XVII. – L'article L. 723-15 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « professionnel tel que défini aux deuxième et troisième alinéas » sont remplacés par les mots : « défini en application » ;

2° Au dernier alinéa, le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité ».

XVII *bis* (nouveau). – À la première phrase de l'article L. 756-4 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « dernier ».

XVIII. – L'article L. 756-5 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les références : « de l'article L. 242-11, du premier alinéa de l'article L. 612-4, du premier alinéa de l'article L. 633-10 et des premier et cinquième alinéas de l'article L. 131-6 » sont remplacées par les références : « des trois premiers alinéas de l'article L. 131-6-2 », les mots : « non salariés » sont remplacés par le mot : « indépendants » et les mots : « dernier revenu professionnel » sont remplacés par les mots : « revenu d'activité » ;

1° *bis* (nouveau) Au même premier alinéa, après la référence : « L. 751-1 », sont insérés les mots : « , à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, » ;

2° Au second alinéa, les mots : « non salariée » sont remplacés par le mot : « indépendante » ;

3° (nouveau) Au même second alinéa, après le mot : « contributions », sont insérés les mots : « , à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, ».

XIX. – Les articles L. 131-6-3 et L. 612-5 du même code sont abrogés.

XX (nouveau). – L'article L. 722-1-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les pédicures-podologues qui exercent leur activité

Texte adopté par le Sénat

XVI. – ...

... définis *en application des* articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 ».

1° Au premier alinéa, les mots : « professionnel tel que défini aux deuxième et troisième alinéas *de l'article L. 131-6* » sont remplacés par les mots : « défini en application *des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2* » ;

2° *Supprimé*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

professionnelle dans les conditions mentionnées au 3° de l'article L. 722-1 peuvent également, par dérogation au même 3°, demander à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles au moment de leur début d'activité. »

XXI (*nouveau*). – Au 5° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, après la référence : « L. 242-11, », est insérée la référence : « L. 612-1, ».

XXII (*nouveau*). – À titre transitoire, la demande mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale est ouverte aux pédicures-podologues affiliés au régime mentionné à l'article L. 722-1 du même code à la date de publication de la présente loi. À cette fin, ils doivent adresser un courrier faisant état de leur choix à l'organisme en charge du recouvrement des cotisations du régime général dont ils dépendent et au régime social des indépendants au plus tard le 31 mars 2012. □

Texte adopté par le Sénat

Articles 29 bis et 30

.....Conformes.....

Article 30 bis

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
1° L'article L. 133-8-3 devient l'article L. 133-8-4 ;

2° Il est rétabli un article L. 133-8-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-8-3. – Lorsque l'employeur bénéficie d'une prise en charge des cotisations et contributions sociales en tant que bénéficiaire de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code et que cette allocation est versée sous forme de chèque emploi-service universel préfinancé, le montant de cette prise en charge est déterminé par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-8 du présent code au vu des éléments déclarés par l'employeur, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation. Les modalités de versement des cotisations et contributions correspondantes, directement auprès de cet organisme, par le département qui sert l'allocation pour le compte de l'employeur et, le cas échéant, par ce dernier pour la part qui demeure à sa charge sont prévues par décret. » ;

3° À la seconde phrase du IV de l'article L. 241-17, la référence : « L. 133-8-3 » est remplacée par la référence : « L. 133-8-4 ».

II. – À la seconde phrase de l'article L. 1272-5 du

Article 30 bis

2° La sous-section 1 de la section 4 du chapitre III bis du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-8-3 ainsi rétabli :

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

code du travail, la référence : « L. 133-8-3 » est remplacée par la référence : « L. 133-8-4 ».

Articles 30 *ter*

..... Conforme

Article 31

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

« CHAPITRE IX *TER*
« Gestion des risques financiers

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

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

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

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

Article 31

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

de créances négociables et de placement de ses excédents. »

II (*nouveau*). – La section 1 du chapitre V du titre II du livre II du même code est complétée par un article L. 225-1-4 ainsi rédigé :

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

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

Article 31 bis

Après l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières, il est inséré un article L. 132-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 132-2-2. – Pour l'exécution de la mission visée à l'article L.O. 132-2-1, les membres et personnels de la Cour des comptes peuvent examiner les opérations qu'effectuent les organismes et régimes visés à l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale et l'organisme visé à l'article L. 135-6 du même code pour le compte des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale. Les articles R. 137-1 à R. 137-4 du présent code s'appliquent à ces travaux. »

Article 32

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

Cf. tableau en annexe 1

Texte adopté par le Sénat

Article 31 bis A (*nouveau*)

Un rapport détaillant les opérations projetées ou réalisées de construction d'établissements publics de santé en partenariat public - privé dans le cadre des plans hôpital 2007, hôpital 2012 et présentant les surcoûts financiers occasionnés par l'absence de maîtrise d'ouvrage publique est présenté au Parlement avant le 30 septembre 2012.

Article 31 bis

« Art. L. 132-2-2. – ...

... sociale.»

Article 32

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

QUATRIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR
2012**

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Texte adopté par le Sénat

—

Article 32 bis (nouveau)

Au premier alinéa de l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois ».

QUATRIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR
2012**

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 33 A (nouveau)

I. – Au premier alinéa de l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité de travail » sont remplacés par les mots : « à compter du quatrième jour de l'incapacité de travail ».

II. – Le premier alinéa de l'article L. 323-4 du même code est ainsi rédigé :

« L'indemnité journalière est égale à la moitié du gain journalier de base. Pour les assurés ayant un nombre d'enfants minimal à charge, au sens de l'article L. 313-3, cette indemnité représente les deux tiers du gain journalier de base, après une durée déterminée. Pour l'application de cet alinéa, le gain journalier de base équivaut au salaire servant de base, lors de chaque paie, au calcul de la cotisation due pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 241-3. »

Article 33 B (nouveau)

I. – L'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique, faisant immédiatement suite à un arrêt de travail indemnisé à temps complet, une indemnité journalière est servie en tout ou partie, dans la limite prévue au cinquième alinéa du présent article, pendant une durée fixée par la caisse mais ne pouvant excéder une durée déterminée. » ;

2° Au quatrième alinéa, le mot : « maintenu » est remplacé par le mot : « servie » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Article 33

I. – L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du 1° est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

« À cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'État précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables. » ;

1° bis (nouveau) Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

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

Texte adopté par le Sénat

—

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

II. – Le troisième alinéa de l'article L. 433-1 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « peut être maintenue » sont remplacés par les mots : « est servie » ;

2° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« La reprise d'un travail à temps complet ne fait pas obstacle au versement ultérieur de cette indemnité en cas de travail léger autorisé postérieurement par le médecin traitant, dans les mêmes conditions. » ;

3° À la deuxième phrase, le mot : « maintenue » est remplacé par le mot : « servie ».

Article 33 C (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 septembre 2012, un rapport sur les renoncements aux soins, qui évalue l'évolution de ce phénomène, les raisons qui l'expliquent et les moyens pour y remédier.

Article 33

Texte adopté par l'Assemblée nationale

de leurs représentants. » ;

2° Le douzième alinéa est ainsi rédigé :

« 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. »

II. – Après le même article L. 161-37, il est inséré un article L. 161-37-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-37-1.* – Toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription d'un produit de santé sur les listes prévues aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du présent code et L. 5123-2 du code de la santé publique pour laquelle est requise une évaluation médico-économique en application du 1° de l'article L. 161-37 du présent code est accompagnée du versement par le demandeur d'une taxe additionnelle dont le barème est fixé par décret dans la limite de 5 580 €.

« Son montant est versé à la Haute Autorité de santé. Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État. »

III. – L'article L. 161-41 du même code est ainsi modifié :

1° Au second alinéa, la référence : « et L. 165-1 » est remplacée par les références : « , L. 165-1 et L. 161-37 » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La dénomination, la composition et les règles de fonctionnement de la commission spécialisée mentionnée au treizième alinéa de l'article L. 161-37 sont définies par la Haute Autorité de santé. »

IV. – Le 5° de l'article L. 161-45 du même code est ainsi rédigé :

« 5° Le montant des taxes mentionnées à l'article L. 161-37-1 du présent code ainsi qu'aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ; ».

V. – À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du même code, après les mots : « le médicament, », sont insérés les mots : « le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, ».

VI. – À la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5 du même code, les mots : « et de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code » sont remplacés par les mots : « , de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue

Texte adopté par le Sénat

« 5° Le montant des taxes mentionnées aux articles L. 161-37-1 et L. 165-11 du ...
... publique ; ».

Texte adopté par l'Assemblée nationale

à l'article L. 5123-3 du même code et, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique ».

VII. – Après le mot : « pharmaceutique », la fin de la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-16-6 du même code est ainsi rédigée : « , 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. »

VIII. – Au 4° bis de l'article L. 162-17-4 du même code, après les mots : « pharmaco-épidémiologiques », sont insérés les mots : « et des études médico-économiques ».

IX. – Au dernier alinéa de l'article L. 165-2 du même code, après le mot : « celui-ci, », sont insérés les mots : « le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique ».

X. – Au 2° du II de l'article L. 165-3 du même code, les mots : « de suivi » sont remplacés par les mots : « , y compris d'études médico-économiques, ».

XI (*nouveau*). – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 5123-5, le montant : « 4 600 euros » est remplacé par le montant : « 5 600 € » ;

2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 5211-5-1, le montant : « 4 580 euros » est remplacé par le montant : « 5 580 € ».

XII (*nouveau*). – Des sanctions financières ou des baisses de prix sont prévues en cas de non réalisation des études post-autorisation de mise sur le marché. Un décret en Conseil d'État en précise les modalités d'application.

Texte adopté par le Sénat

X bis (nouveau). – Après le IV de l'article L. 165-11 du même code, dans sa rédaction issue de la loi n° du relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, est inséré un IV bis ainsi rédigé :

« IV bis. – Toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un produit de santé sur la liste prévue au I est accompagnée du versement d'une taxe dont le barème est fixé par décret dans la limite de 5 580 €.

« Son montant est versé à la Haute Autorité de santé. Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 33 bis A (nouveau)

Au premier alinéa du II de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « et des dispositifs médicaux ».

Article 33 bis B (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
1° L'article L. 162-18 est abrogé ;

2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 138-10, les mots : « soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18 » sont remplacés par les mots : « un ajustement des prix » ;

3° L'article L. 162-17-4 est ainsi modifié :

a) Après le 1°, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :

« 1° bis La baisse de prix applicable en cas de dépassement par l'entreprise des volumes de vente précités ; »

b) Au 2°, les mots : « des articles L. 162-18 et » sont remplacés par les mots : « de l'article » ;

4° À l'article L. 162-37, la référence : « , L. 162-18 » est supprimée ;

5° Le premier alinéa de l'article L. 165-4 est supprimé.

Article 33 bis C (nouveau)

L'article L. 1435-5 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider de diminuer la rémunération prévue au deuxième alinéa s'il constate que le professionnel de santé chargé d'assurer la mission de service public de la permanence des soins ne respecte pas les tarifs opposables. »

Article 33 bis (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque la fixation du prix ne tient pas compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, tel que fixé par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé doit motiver sa décision auprès de cette commission. »

Article 33 bis

« Lorsque la fixation du prix du médicament est fondée sur une appréciation de l'amélioration du service médical rendu différente de celle de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé fait connaître à la commission les motifs de son appréciation. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 33 ter (nouveau)

Les rémunérations forfaitaire et à la performance, mentionnées à l'article 25 de la convention médicale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 26 juillet 2011 et approuvée par arrêté le 22 septembre 2011, ne peuvent bénéficier qu'aux médecins qui appliquent les tarifs opposables dans le cadre de l'article 34 de la même convention.

Article 34

Conforme

Article 34 bis

I. – Après l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2132-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 2132-2-2. – Dans le cadre des programmes de santé mentionnés à l'article L. 1411-6, l'enfant bénéficie avant la fin de son troisième mois d'un dépistage précoce des troubles de l'audition.

« Ce dépistage comprend :

« 1° Un examen de repérage des troubles de l'audition réalisé avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ;

« 2° Lorsque celui-ci n'a pas permis d'apprécier les capacités auditives de l'enfant, des examens complémentaires réalisés avant la fin du troisième mois de l'enfant dans une structure spécialisée dans le diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement des troubles de l'audition agréée par l'agence régionale de santé territorialement compétente ;

« 3° Une information sur les différents modes de communication existants, en particulier la langue mentionnée à l'article L. 312-9-1 du code de l'éducation, et leur disponibilité au niveau régional ainsi que sur les mesures de prise en charge et d'accompagnement des troubles de l'audition susceptibles d'être proposées à l'enfant et à sa famille.

« Les résultats de ces examens sont transmis aux titulaires de l'autorité parentale et inscrits sur le carnet de santé

Article 34 bis A(nouveau)

À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, après le mot : « complémentaire », sont insérés les mots : « et aux fédérations nationales représentatives des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ».

Article 34 bis

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

de l'enfant. Lorsque des examens complémentaires sont nécessaires, les résultats sont également transmis au médecin de la structure mentionnée au 2° du présent article.

« Ce dépistage ne donne pas lieu à une contribution financière des familles.

« Chaque agence régionale de santé élabore, en concertation avec les associations, les fédérations d'associations et tous les professionnels concernés par les troubles de l'audition, un programme de dépistage précoce des troubles de l'audition qui détermine les modalités et les conditions de mise en œuvre de ce dépistage, conformément à un cahier des charges national établi par arrêté après avis de la Haute Autorité de santé et du conseil national de pilotage des agences régionales de santé mentionné à l'article L. 1433-1. »

II. – Dans les trois ans suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu à l'article L. 2132-2-2 du code de la santé publique. Ce rapport dresse notamment le bilan de la réalisation des objectifs de dépistage, diagnostic et prise en charge précoces, des moyens mobilisés, des coûts associés et du financement de ceux-ci et permet une évaluation de l'adéquation du dispositif mis en place à ces objectifs.

Le cahier des charges national prévu au même article L. 2132-2-2 est publié dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi.

Les agences régionales de santé mettent en œuvre le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu au même article L. 2132 2 2 dans les deux ans suivant la promulgation de la présente loi.

Article 34 *ter*

Le IV de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est supprimé ;

2° Le dernier alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

« Par exception aux dispositions du sixième alinéa du I de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 précitée et aux dispositions du huitième alinéa du I de l'article 69 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, les médecins et les chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre, recrutés avant le 3 août 2010 et ayant exercé des

Texte adopté par le Sénat

Article 34 *ter*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

fonctions rémunérées dans des conditions fixées par décret dans un établissement public de santé ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif, peuvent continuer à exercer ces fonctions jusqu'au 31 décembre 2014.

« Ces praticiens se présentent aux épreuves de vérification des connaissances organisées chaque année jusqu'en 2014, dès lors qu'ils justifient :

« 1° Avoir exercé des fonctions rémunérées pendant au moins deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 ;

« 2° Avoir exercé trois ans en équivalent temps plein à concurrence d'au moins cinq demi-journées par semaine dans des statuts prévus par décret, à la date de clôture des inscriptions aux épreuves organisées l'année considérée.

« Les pharmaciens titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, recrutés avant le 3 août 2010 et ayant exercé des fonctions rémunérées dans des conditions fixées par décret, se présentent aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au troisième alinéa du présent IV sous les conditions prévues aux 1° et 2°.

« Les sages-femmes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, recrutées avant la publication de la présente loi et ayant exercé des fonctions rémunérées dans des conditions fixées par décret, se présentent aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au troisième alinéa du présent IV sous les conditions prévues au 2°.

« Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens ayant satisfait à ces épreuves effectuent une année probatoire de fonctions rémunérées, dans des conditions fixées par décret, dans un établissement public de santé ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif. À l'issue de cette année probatoire, l'autorisation d'exercice de leur profession peut leur être délivrée par le ministre chargé de la santé, qui se prononce après avis des commissions d'autorisation d'exercice mentionnées au I de l'article L. 4111-2 et à l'article L. 4221-12 du code de la santé publique.

« Les modalités d'organisation de l'épreuve de vérification des connaissances sont prévues par décret. »

Texte adopté par le Sénat

« Les ...

... publication de la
loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et ayant ...

... 2°.

« Les ...

... santé publique. *Les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis de la commission compétente, dans des conditions fixées par décret.*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 34 quater

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

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

Article 34 quinquies (nouveau)

L'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il comprend une évaluation spécifique de la rémunération sur objectifs de santé publique des professionnels de santé. »

Texte adopté par le Sénat

Article 34 quater

Supprimé

Article 34 quinquies A (nouveau)

Après le troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le prescripteur exclut la possibilité de substitution telle que prévue au deuxième alinéa du présent article, il le justifie auprès du médecin conseil selon des conditions définies par arrêté. »

Article 34 quinquies

Supprimé

Article 34 sexies à 34 octies

.....Conformes.....

Article 34 nonies (nouveau)

I. – À défaut de conclusion, un mois après l'entrée en vigueur de la présente loi, d'un avenant conventionnel visant les médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs fixés par la convention médicale prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et les autorisant à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale disposent, à cet effet et pendant une durée de deux mois, de la faculté de modifier par arrêté la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 26 juillet

Article 34 nonies

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

2011, en portant notamment à 50 % le taux d'encadrement des dépassements d'honoraires mentionné au troisième alinéa de l'article 36 de la convention signée le 26 juillet 2011 en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

II. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elles prévoient également la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires encadrés en application du I de l'article 34 n° du de financement de la sécurité sociale pour 2012 à hauteur du taux maximal de dépassements d'honoraires autorisé par lesdites dispositions conventionnelles. »

III. – Le II entre en vigueur concomitamment aux dispositions prévues en application du I pour les contrats et règlements relatifs à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais des soins de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, conclus ou renouvelés après cette entrée en vigueur.

Article 35

Après le deuxième alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

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

« À titre expérimental, pour une durée de deux ans à compter de la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2012, il peut décider d'une modulation à la hausse ou à la baisse des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. Lorsque les objectifs fixés ont été atteints ou dépassés, le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider du versement d'une contrepartie financière, selon des modalités et dans des conditions fixées par décret. »

Texte adopté par le Sénat

Article 35

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 35 bis A (nouveau)

La deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle présidée par un magistrat et composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques ou privées, d'autre part. »

Article 35 bis B (nouveau)

I. – À l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « activités de soins », sont insérés les mots : « ou des consultations et actes externes ».

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I ci-dessus est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 35 bis C (nouveau)

Après le deuxième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant du forfait journalier applicable en étalement de soins de suite et de réadaptation tient compte de la durée moyenne du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté. »

Article 35 bis D (nouveau)

L'article L. 6114-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les établissements publics de santé réalisent une activité supérieure aux engagements pris dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'appréciation portée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur cet excédent d'activité tient compte des nécessités liées à l'accomplissement des missions de service public et aux besoins d'accès de la population à des actes de chirurgie à tarifs opposables. » ;

2° Au septième alinéa, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « au sixième alinéa ».

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 35 bis (nouveau)

I. – L'article L. 6211-21 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6211-21.* – Sous réserve des accords ou conventions susceptibles d'être passés avec des régimes ou des organismes d'assurance maladie ou des établissements de santé publics ou privés ou des groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif de la nomenclature des actes de biologie médicale prise en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale. »

II. – Le IV de l'article 8 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale est abrogé.

Texte adopté par le Sénat

Article 35 bis

Supprimé

Articles 35 ter à 35 septies

.....Conformes.....

Article 36

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

1° Le chapitre V du titre III du livre IV de la première partie est complété par une section 5 ainsi rédigée :

« Section 5
« Fonds d'intervention régional

« *Art. L. 1435-8.* – Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :

« 1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 ;

« 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des

Article 35 octies (nouveau)

Au troisième alinéa de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique, après les mots : « ou des communes », sont insérés les mots : « , les médecins des centres pratiquant les examens de santé gratuits prévus à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale ».

Article 36

Texte adopté par l'Assemblée nationale

maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;

« 3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;

« 4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1 et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;

« 5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;

« 6° La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;

« 7° La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets ;

« 8° (*nouveau*) La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

« Les financements alloués aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux au titre du fonds d'intervention régional, ainsi que les engagements pris en contrepartie, sont inscrits et font l'objet d'une évaluation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés, respectivement, à l'article L. 6114-2 du présent code et à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

« *Art. L. 1435-9.* – Les ressources du fonds sont constituées par :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

« 2° Une dotation de l'État ;

« 3° Le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

« 4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.

Texte adopté par le Sénat

« 1° Une ...

... année

par la loi de financement de la sécurité sociale ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :

« a) Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ;

« b) Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

« Art. L. 1435-10. – Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

« La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

« La gestion comptable et financière du fonds est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle peut déléguer une partie de ses crédits aux agences régionales de santé.

« Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par le fonds sont prescrites à son profit au 31 décembre du quatrième exercice suivant dans des conditions fixées par décret.

« En vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dota-

Texte adopté par le Sénat

« Dans le respect de l'article L. 1434-6, un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées fixe, au sein des ressources du fonds :

« La répartition ...

...de santé. Cette répartition est effectuée sur la base de critères objectifs tenant compte, pour chaque région, de la population, de la mortalité et du taux de bénéficiaires du revenu de solidarité active et de celui de médecins généralistes et spécialistes exerçant à titre libéral pour 100 000 habitants.

Alinéa supprimé

« Les critères d'attribution des dotations régionales annuelles sur la base desquels est effectuée la répartition régionale des crédits sont transmis au Parlement au plus tard le 15 avril de l'année en cours.

« Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et adressé au conseil national de pilotage. À partir de ces données, le conseil national de pilotage établit un rapport annuel évaluant le fonctionnement du fonds. Ces deux rapports sont transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 15 septembre de chaque année.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

tions régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.

« Art. L. 1435-11. – Les modalités d'application de la présente section sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

2° Le 6° de l'article L. 1432-6 est abrogé ;

3° Avant le dernier alinéa de l'article L. 1433-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

4° La seconde phrase du second alinéa de l'article L. 1434-6 est ainsi rédigée :

« Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L. 1435-9. » ;

5° Le troisième alinéa de l'article L. 1435-4 est ainsi rédigé :

« La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. » ;

5° *bis (nouveau)* L'article L. 6112-3-2 est abrogé ;

6° L'article L. 6323-5 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, les mots : « pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « régional prévu à l'article L. 1435-8 » ;

b) La dernière phrase est supprimée.

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

1° L'article L. 221-1-1 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa du I est ainsi rédigé :

« Le fonds peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. » ;

a bis) Les troisième, quatrième et sixième alinéas du I sont supprimés ;

b) À la fin du 3° du IV, les mots : « et celle réservée au financement des actions à caractère régional » sont supprimés ;

c) Le V est ainsi modifié :

– à la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les agences régionales de santé et » sont supprimés ;

Texte adopté par le Sénat

4° *Le* second alinéa de l'article L. 1434-6 *est supprimé* ;

Alinéa supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—
— la dernière phrase du même premier alinéa est supprimée ;

— la seconde phrase du second alinéa est supprimée ;

d) La seconde phrase du premier alinéa du VI est supprimée ;

2° Au début de la première phrase de l'article L. 162-45, les mots : « Le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et » sont supprimés.

III. — L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

1° Les II, III *bis* et III *quater*, le premier alinéa du IV et le V *bis* sont abrogés ;

2° Au premier alinéa du III, les mots : « et de fonctionnement » sont supprimés.

IV. — Les 5° et 6° du I, les II et III du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

V. — Pour l'année 2012, sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique, les ressources du fonds d'intervention régional comprennent également :

1° Une part de la dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale ;

2° Une part de la dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).

L'arrêté mentionné au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique fixe également, en 2012, le montant des parts mentionnées aux 1° et 2° du présent V.

VI (*nouveau*). — À titre transitoire et jusqu'à l'entrée en vigueur de l'arrêté pris en application du décret mentionné à l'article L. 1435-11 du code de la santé publique, pour sa participation à la mission de service public mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 du même code dans un établissement de santé assurant cette mission, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat mentionné au neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 du même code et selon les conditions fixées par ce contrat est indemnisé conformément aux modalités définies par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

Texte adopté par le Sénat

—
Alinéa supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 36 bis (nouveau)

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.

II. – Dans ce cadre, les expérimentations peuvent déroger aux dispositions suivantes :

1° L'article L. 6312-5 du code de la santé publique, en tant qu'il concerne les conditions de réalisation des transports sanitaires urgents à la demande du service d'aide médicale urgente ;

2° Le 6° de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires dans le cadre de leur participation à la garde départementale et à la prise en charge des urgences pré-hospitalières. Les plafonds des montants des éléments de tarification des entreprises de transports sanitaires assurant la prise en charge des urgences pré-hospitalières ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de cette rémunération pour chaque région ou département participant à l'expérimentation sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

III. – Les agences régionales de santé, en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie, conduisent ces expérimentations. Ils déterminent les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la prise en charge des urgences pré-hospitalières à la demande du service d'aide médicale urgente en mobilisant l'ensemble des crédits affectés à cette prise en charge, comprenant les éléments de tarification et les crédits d'aide à la contractualisation affectés à l'indemnisation des services d'incendie et de secours en cas d'indisponibilité ambulancière en application de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.

À cet effet, une convention est conclue entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous-comité des transports sanitaires de l'agence régionale de santé.

IV. – Une évaluation semestrielle de ces expérimentations, portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie.

Texte adopté par le Sénat

Article 36 bis

Texte adopté par l'Assemblée nationale

V. – Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret en Conseil d'État, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des organisations syndicales représentatives des entreprises de transports sanitaires concernées.

Article 37

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

Pour les besoins de ces expérimentations, il peut être dérogé aux règles de calcul du forfait global relatif aux soins prévues au 1° de l'article L. 314-2 du même code en introduisant une modulation de ce forfait en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité, dont la liste est fixée par décret.

Les modalités de mise en œuvre des expérimentations sont déterminées par un cahier des charges national approuvé par décret en Conseil d'État.

Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé dont la liste est fixée par un arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale. Les agences sélectionnent les établissements participant à l'expérimentation parmi les établissements volontaires en fonction de critères définis dans le cahier des charges national.

Un bilan annuel des expérimentations est réalisé par les ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale d'après les éléments transmis par les agences régionales de santé et est transmis au Parlement. Un rapport d'évaluation est réalisé avant le terme de l'expérimentation, en vue d'une éventuelle généralisation.

Texte adopté par le Sénat

IV bis (nouveau). – Six mois avant la fin de l'expérimentation, un rapport d'évaluation est transmis par le Gouvernement au Parlement.

Article 37

Supprimé

Article 37 bis A (nouveau)

Après le septième alinéa du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La convention pluriannuelle est conclue pour une durée de cinq ans. Six mois avant son arrivée à échéance, le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé font connaître aux établissements

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

les modalités de renouvellement de la convention pluriannuelle. Si la convention pluriannuelle ne peut pas être renouvelée avant son arrivée à échéance en raison d'un refus de l'établissement, de l'incapacité des parties à s'accorder sur le contenu de la nouvelle convention ou d'un refus de renouvellement par le directeur de l'agence régionale de santé ou le président du conseil général pour des raisons financières, elle fait l'objet d'un avenant de prorogation, d'une durée maximale d'une année au terme de laquelle la convention est renouvelée dans les conditions fixées au présent article ainsi qu'à l'article L. 314-2. Cet avenant de prorogation est conclu par les parties signataires de la convention pluriannuelle initiale avant sa date d'échéance. »

Article 37 bis B (nouveau)

Le second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs géographiques, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières qui doivent être assumés par les établissements implantés dans certaines zones géographiques afin de tenir compte des facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines charges immobilières et de prestations dans la zone considérée. »

Article 37 bis C (nouveau)

Après l'article L. 314-5 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-5-1 ainsi rédigé :

« Art. 314-5-1. – I. – Au sein de chacun des objectifs nationaux de dépenses relevant des articles L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4, les ministres mentionnés aux mêmes articles peuvent fixer un sous-objectif destiné à permettre le financement de missions d'intérêt général.

« La liste de ces missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation est fixée par arrêté du ministre chargé de l'action sociale.

« II. – Au sein de chaque objectif de dépense, le montant annuel dédié au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionné au I est réparti en dotations régionales dans les mêmes conditions que l'ensemble des enveloppes mentionnées aux articles L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4.

« L'autorité de tarification compétente au niveau régional fixe par arrêté les forfaits afférents au financement de ces missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

« Ces forfaits font l'objet d'une imputation comptable,

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

dans les établissements et services, distincte de celle afférente aux produits de la tarification.

« L'utilisation de ces forfaits fait l'objet d'un compte rendu d'exécution et d'un compte d'emploi propres.

« III. – Les forfaits afférents au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation peuvent être attribués directement aux sièges sociaux agréés mentionnés au VI de l'article L. 314-7 et aux groupements de coopération mentionnés à l'article L. 312-7.

« L'utilisation de ces forfaits fait l'objet d'un compte rendu d'exécution et d'un compte d'emploi propres. »

Article 37 bis D (nouveau)

La section 2 du chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 314-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-9-1. – Au plus tard le 1^{er} janvier 2014, les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés aux 6^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 sont modulés selon les besoins en soins requis de la personne prise en charge ainsi que son état évalué au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

« Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés aux 6^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 tiennent compte des caractéristiques des services et des prestations servies ainsi que des sujétions financières spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les coûts de fonctionnement desdits services.

« L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service, sur la base d'une grille nationale arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, du conseil national consultatif des personnes handicapées, du Comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« Le recueil des besoins en soins mentionnés aux alinéas précédents est réalisé selon une périodicité et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Les modalités de fixation de la tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés aux 6^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 qui intègrent les éléments de modulation précisés aux deux premiers alinéas sont déterminées par décret en Conseil d'État. Ce décret précise notamment les différentes dépenses médico-sociales prises en compte pour cette catégorie de services, sur la base des résultats d'une

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 37 bis (nouveau)

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

Les expérimentations sont mises en œuvre par convention entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, ainsi que les professionnels de santé, les établissements hospitaliers et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires.

Le cahier des charges des expérimentations est arrêté par les ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.

II. – Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I et portant sur de nouveaux modes de coordination des soins pour prévenir l'hospitalisation et gérer la sortie d'hôpital des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, il peut être dérogé aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, aux 1^o, 2^o, 6^o et 9^o de l'article L. 321-1 du même code en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie, à l'article L. 162-2 du même code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade et aux articles L. 322-2 et L. 322-3 du

Texte adopté par le Sénat

étude nationale relative à l'analyse des différents coûts menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans le cadre de ses missions fixées au 11^o du I de l'article L. 14-10-1. »

Article 37 bis E (nouveau)

L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1^o Au premier alinéa, les mots : « d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » sont remplacés par les mots : « et les services médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 » ;

2^o Aux deuxième, troisième et dernier alinéas, après les mots : « l'établissement », sont insérés les mots : « ou le service ».

Article 37 bis

I. – ...

... hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en ...

... médicaux-sociaux.

Les ...

... hospitaliers, les établissements sociaux et médico-sociaux et les collectivités territoriales volontaires.

II. – Pour ...

... l'hospitalisation en établissement de santé avec hébergement et gérer ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les dépenses à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du même code.

III. – Les agences régionales de santé, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale, les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances associés aux projets pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie incluses dans les projets pilotes. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention.

IV. – En vue d'une généralisation, une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur la patientèle prise en charge, le nombre de professionnels 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 en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie et les établissements hospitaliers participant aux expérimentations. Cette évaluation est transmise au Parlement avant le 1^{er} octobre.

Texte adopté par le Sénat

... prestations.

IV – ...

...charge, les modalités de cette prise en charge, le nombre ...

... réalisée par la Haute Autorité de santé, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes...

... 1^{er} octobre.

Article 37 ter

..... Conforme.....

Article 37 quater (nouveau)

Le second alinéa de l'article L. 315-19 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

« 1° Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent déroger à l'obligation de dépôt auprès de l'État pour les fonds qui proviennent :

« a) Des dépôts de garantie reçus des résidents ;

« b) Des fonds déposés par les résidents ;

« c) Des recettes des activités annexes ;

« d) Des recettes d'hébergement perçues du résident dans la limite d'un mois des recettes de l'espèce.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

« Les placements sont effectués en titres nominatifs, en titres pour lesquels est établi le bordereau de référence nominative prévu à l'article L. 211-9 du code monétaire et financier ou en valeurs admises par la Banque de France en garantie d'avance.

« Les produits financiers réalisés sont affectés en réserves des plus-values nettes afin de financer les opérations d'investissement ;

« 2° Les décisions mentionnées au 1° du présent article et au III de l'article L. 1618-2 du code général des collectivités territoriales relèvent de la compétence du directeur de l'établissement public social et médico-social qui informe chaque année le conseil d'administration des résultats des opérations réalisées. »

Article 38

.....Conforme.....

Article 38 bis (nouveau)

La section 4 du chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 312-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 312-8-1. – Les évaluations mentionnées à l'article L. 312-8 peuvent être communes à plusieurs établissements et services gérés par le même organisme gestionnaire lorsque ces établissements et services sont complémentaires dans le cadre de la prise en charge des usagers ou lorsqu'ils relèvent du même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application des articles L. 313-11 à L. 313-12-2. Les recommandations, voire les injonctions, résultant de ces évaluations sont faites à chacun des établissements et services relevant d'une même évaluation commune.

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

Article 38 ter (nouveau)

La même section 4 est complétée par un article L. 312-8-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 312-8-2. – Les amortissements des évaluations dans les établissements relevant du 7° du I de l'article L. 312-1 et de l'article L. 313-12 sont répartis entre les différents financeurs selon des modalités fixées par décret. »

Article 38 quater (nouveau)

Au premier alinéa du I de l'article L. 313-1-1 du code

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 39

I. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 6°, sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :

« 7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;

« 8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;

« 9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des articles L. 5125-3 et L. 5125-4 du code de la santé publique ;

« 10° (*nouveau*) Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention.

« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie

Texte adopté par le Sénat

de l'action sociale et des familles, les mots : « , y compris expérimentaux, » sont supprimés et les mots : « relevant de l'article L. 312-1 ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil » sont remplacés par les mots : « relevant du I de l'article L. 312-1, à l'exception des 10° et 12°, ».

Article 38 quinquies (nouveau)

L'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les transformations, les mutualisations de moyens et les extensions de capacités programmées dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs ne sont pas soumises à la procédure d'appels à projets prévue à l'article L. 313-1-1.

Article 38 sexies (nouveau)

Le 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par les mots : « et les services de soins de longue durée pour personnes âgées relevant du I de l'article L. 313-12 ».

Article 39

« 7° *Supprimé*

« L'Union ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés aux 7° et 8° du présent article. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention ou de l'avenant comportant la mesure conventionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3. » ;

2° Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.

« Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. À défaut d'un avenant fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante.

« Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine. »

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

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 5125-11, le nombre : « 3 500 » est remplacé par le nombre : « 4 500 » ;

2° À la fin du b du 1° de l'article L. 5125-14, le nombre : « 3 500 » est remplacé par le nombre : « 4 500 » ;

3° À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 5125-15, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « douze » ;

au 8° du présent ...

... mentionnés

... L. 162-14-3. » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

4° L'article L. 5125-16 est complété par un II ainsi rédigé :

« II. – Toute opération de restructuration du réseau officinal réalisée au sein d'une même commune ou de communes limitrophes à l'initiative d'un ou plusieurs pharmaciens ou sociétés de pharmaciens et donnant lieu à l'indemnisation de la cessation définitive d'activité d'une ou plusieurs officines doit faire l'objet d'un avis préalable du directeur général de l'agence régionale de santé. La cessation définitive d'activité de l'officine ou des officines concernées est constatée dans les conditions prévues à l'article L. 5125-7 et ne doit pas avoir pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier concerné. »

Article 40

I. – L'article L. 162-22-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

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

II. – Le 1° de l'article L. 174-3 du même code est complété par les mots : « , sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 ».

III. – La section 12 du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du même code est complétée par un article L. 174-20 ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-20.* – Pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, les établissements de santé peuvent déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par un régime d'assurance maladie régi par le présent code, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, des patients relevant des soins urgents définis à l'article L. 254-1 du même code, des patients accueillis dans le cadre d'une intervention humanitaire et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles en application des traités, accords et règlements internationaux aux-

Texte adopté par le Sénat

Article 40

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

quels la France est partie.

« Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret. »

IV. – À la dernière phrase du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), après les mots : « assurance maladie », sont insérés les mots : « sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et ».

Texte adopté par le Sénat

Article 41

..... Conforme

Article 41 bis (nouveau)

L'article L. 6323-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La maison de santé peut bénéficier des financements prévus à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique à la condition d'appliquer les tarifs opposables et le tiers payant. »

Articles 42 à 44

..... Conformés

Article 45

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

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

Article 46

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé à 250 millions d'euros pour l'année 2012. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 281 millions d'euros pour l'année 2012.

II. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Article 45

Supprimé

II. – ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

est fixé à 300 millions d'euros pour l'année 2012.

III. – Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 55 millions d'euros pour 2012.

IV. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2012, à 161 millions d'euros.

V. – 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 64,55 millions d'euros pour l'année 2012 qui sont répartis entre actions par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées.

VI. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé, pour l'année 2012, à 20 millions d'euros.

Texte adopté par le Sénat

... fixé à 385,87 millions d'euros pour l'année 2012.

IV. – Le ...

... 2012, à 151 millions d'euros.

Article 46 bis

..... Conforme

Article 46 ter (nouveau)

L'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-4 du code du travail lorsque l'assuré ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité est pris en charge soit directement par l'employeur, soit au titre des garanties qu'il a souscrites à un fonds de mutualisation et cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. »

Article 46 quater (nouveau)

L'article L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 323-4-1. – Au cours de toute interruption de travail d'au moins trois mois pour cause de maladie ou d'accident

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 47

Pour l'année 2012, 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 186,8 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 162,2 milliards d'euros.

Article 48

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

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	79,4
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,2
Total	171,7

Texte adopté par le Sénat

non professionnel et lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible, le médecin conseil, en liaison avec le médecin traitant, sollicite le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix. »

Article 47

Supprimé

Article 48

Supprimé

Article 48 bis (nouveau)

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les mesures prises par le Gouvernement en vue de prévenir ou de corriger un dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie hospitalier ne peuvent pas porter sur ces dotations. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Section 2

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 49

.....Conforme.....

Article 49 bis (nouveau)

Avant le 31 décembre 2012, le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur les nouvelles modalités de calcul de la retraite pour les périodes d'apprentissage.

Article 49 ter (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement avant le 31 janvier 2012 un rapport évaluant les conditions d'extension du bénéfice de la pension de réversion aux personnes liées par un pacte civil de solidarité.

Article 50

.....Conforme.....

Article 51

Article 51

I. – Après l'article L. 382-29 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 382-29-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 382-29-1. – Sont prises en compte pour l'application de l'article L. 351-14-1, dans les mêmes conditions que les périodes définies au 1° du même article, les périodes de formation accomplies au sein de congrégations ou de collectivités religieuses ou dans des établissements de formation des ministres du culte qui précèdent l'obtention du statut défini à l'article L. 382-15 entraînant affiliation au régime des cultes. »

II. – L'article L. 382-29-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2012.

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 51 bis A (nouveau)

Avant le 30 décembre 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions d'amélioration du dispositif de retraite anticipée pour les travailleurs et fonctionnaires handicapés.

Article 51 bis B (nouveau)

Avant le 31 mars 2012, le conseil d'orientation des retraites remet aux commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat un rapport sur les conséquences sociales, économiques et financières du relèvement des deux bornes d'âge et les transferts des dépenses vers l'assurance maladie, l'invalidité, l'assurance chômage et vers les finances locales par le biais du revenu de solidarité active.

Afin de réaliser les travaux d'expertise nécessaires, le conseil fait appel en tant que de besoin aux administrations de l'État et aux organismes privés gérant un régime de base de sécurité sociale légalement obligatoire. Ce rapport est rendu public dès sa transmission aux commissions compétentes du Parlement.

Articles 51 bis à 51 sexies

.....Conformes.....

Article 51 septies

I. – L'article L. 816-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 816-1.* – Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère qui répondent à l'une des conditions suivantes :

« 1° Être titulaire depuis au moins dix ans d'un titre de séjour autorisant à travailler ;

« 2° Être réfugié, apatride, avoir combattu pour la France ou bénéficier de la protection subsidiaire ;

« 3° Être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne, d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, dans les conditions mentionnées à l'article L. 262-6 du code de l'action sociale et des familles. »

II. – Le présent article s'applique aux demandes déposées postérieurement à la publication de la présente loi.

Article 51 septies

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 52

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 210,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 110,7 milliards d'euros.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses des accidents de travail et de maladies professionnelles

Texte adopté par le Sénat

Article 52

Supprimé

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses des accidents de travail et de maladies professionnelles

Article 53

.....Conforme.....

Article 53 bis (nouveau)

Le chapitre II du titre V du livre IV du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 452-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 452-6. – Les articles L. 452-1 à L. 452-5 sont applicables, dans des conditions définies par voie réglementaire, aux salariés mentionnés au 8° de l'article L. 412-8. ».

Article 53 ter (nouveau)

Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport sur les conditions d'application par les tribunaux de la décision n° 2010-8 QPC du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010 et proposant des modifications législatives garantissant l'automatisme, la rapidité et la sécurité de la réparation des accidents de travail et des maladies professionnelles.

Article 53 quater (nouveau)

Dans l'objectif de réduire la sous-déclaration des maladies professionnelles, de mieux prévenir et réparer toutes les atteintes à la santé des salariés, y compris les atteintes à la santé mentale, le Gouvernement lance une réflexion d'ensemble sur l'évolution des tableaux de maladies professionnelles ainsi que sur les conditions d'accès au système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles. Les conclusions de cette étude font l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 30 septembre 2012.

Article 54

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

.....Conforme.....

Article 55

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

Article 55

Supprimé

Articles 55 bis et 55 ter

.....Conformes.....

Article 56

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 11,9 milliards d'euros.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 56

Supprimé

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Articles 57 et 58

.....Conformes.....

Article 58 bis A (nouveau)

Le Gouvernement remet, dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant le bénéfice pour les familles et le coût pour les comptes sociaux de l'ouverture des droits aux allocations familiales dès le premier enfant.

Article 58 bis B (nouveau)

Le VII de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Article 58 bis

L'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 551-1. – Le montant des prestations familiales est déterminé d'après des bases mensuelles revalorisées,

Article 58 bis

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

au 1^{er} avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par la commission visée à l'article L. 161-23-1.

« 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. »

Texte adopté par le Sénat

Article 58 ter

..... Conforme

Article 58 quater (nouveau)

La deuxième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 521-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Sur saisine du président du conseil général, et au vu d'un rapport établi par le service d'aide sociale à l'enfance, le juge peut décider, à la suite d'une mesure prise en application des articles 375-3 et 375-5 du code civil ou des articles 15, 16, 16 bis et 28 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, de maintenir, totalement ou partiellement, le versement des allocations à la famille, lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant ou en vue de faciliter le retour de l'enfant dans son foyer. »

Article 58 quinquies (nouveau)

L'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'un enfant est confié au service d'aide sociale à l'enfance, l'allocation de rentrée scolaire due à la famille pour cet enfant est versée à ce service.

« Sur saisine du président du conseil général, et au vu d'un rapport établi par le service d'aide sociale à l'enfance, le juge peut décider, à la suite d'une mesure prise en application des articles 375-3 et 375-5 du code civil ou des articles 15, 16, 16 bis et 28 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, de maintenir, totalement ou partiellement, le versement de l'allocation de rentrée scolaire à la famille, lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant ou en vue de faciliter le retour de l'enfant dans son foyer. » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 59

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 57,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 56,6 milliards d'euros.

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Texte adopté par le Sénat

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article. »

Article 58 sexies (nouveau)

Le dernier alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et, pour l'enfant inscrit au lycée, selon la voie de formation suivie ».

Article 59

Supprimé

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 60

.....Conforme.....

Article 61

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	18,0

Section 6

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

Article 61

Supprimé

Section 6

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

Article 62

.....Conforme.....

Article 62 bis

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

Article 62 bis

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

1° Après le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er}, il est inséré un chapitre IV *quater* ainsi rédigé :

« Chapitre IV *quater*

« Prospective et performance du service public de la sécurité sociale

« *Art. L. 114-23. – I. –* Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'État conclut avec les organismes nationaux de sécurité sociale une convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale.

« Cette convention est signée, pour le compte de chaque organisme national du régime général, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur et, pour les régimes spéciaux visés à l'article L. 711-1 du présent code, dans des conditions fixées par décret.

« Cette convention détermine les objectifs transversaux aux différents organismes de sécurité sociale en vue de fixer des actions communes en matière :

« 1° De mise en œuvre des mesures de simplification et d'amélioration de la qualité du service aux assurés, allocataires et cotisants ;

« 2° De mutualisation entre organismes, notamment dans le domaine de la gestion immobilière, des achats, des ressources humaines, de la communication et des systèmes d'information, en cohérence avec le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

« 3° De présence territoriale des différents régimes et différentes branches mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 611-1 du présent code et L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime sur le territoire national ;

« 4° D'évaluation de la performance des différents régimes.

« Cette convention prévoit, le cas échéant, les outils de mesure quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

« Elle détermine également :

« *a)* Les conditions de conclusion des avenants à la présente convention ;

« *b)* Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

« II. – La convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale est conclue pour une période minimale de quatre ans. La convention et, le cas échéant, les

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

avenants qui la modifient sont transmis aux commissions parlementaires mentionnées à l'article L.O. 111-9.

« III. – Les conventions mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime et dans les dispositions réglementaires ayant le même objet sont négociées dans le respect de la convention mentionnée au I du présent article.

« *Art. L. 114-24.* – Le fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale finance des études et des actions concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale, notamment la réalisation d'audits ou de projets, et contribue aux dépenses de fonctionnement résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.

« Les dépenses du fonds sont imputées sur les budgets de gestion des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que des régimes spéciaux dans des conditions fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« Les modalités de gestion du fonds sont déterminées par décret. » ;

2° L'article L. 224-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elle assure la gestion administrative et comptable du fonds mentionné à l'article L. 114-24. » ;

3° À la fin de la deuxième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 200-3, les mots : « et au conseil de surveillance » sont supprimés ;

4° La seconde phrase du premier alinéa du III de l'article L. 227-1 est supprimée ;

5° Le chapitre VIII du titre II du livre II est abrogé.

II. – La première convention mentionnée au 1° du I du présent article est signée avant le 1^{er} janvier 2013.

Article 62 ter

La section 1 du chapitre III du titre II du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 123-2-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 123-2-4.* – La rémunération et les accessoires de rémunération des directeurs des organismes nationaux qui assurent la gestion d'un régime obligatoire de base de sécuri-

Texte adopté par le Sénat

Article 62 ter

« *Art. L. 123-2-4.* – ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

... sociale, à l'exception de ceux qui sont institués sous la forme d'un établissement public, sont soumis, au moment de leur recrutement, à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale. Les modifications apportées à ces rémunérations et accessoires de rémunération sont soumises à la même approbation.

« Le présent article est applicable aux sections professionnelles définies à l'article L. 641-5.

« Un arrêté fixe la liste des organismes nationaux et des sections professionnelles concernés par le présent article. »

Texte adopté par le Sénat

... sociale et du ministre chargé du budget. Les modifications ...
... approbation.

Article 62 quater

.....Conforme.....

Article 62 quinquies (nouveau)

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

1° L'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre Ier du livre II est ainsi rédigé : « Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

2° L'article L. 215-3 est ainsi modifié :

a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « Pour la région Île-de-France, la caisse compétente mentionnée à l'article L. 215-1 n'exerce pas les missions... (le reste sans changement). » ;

b) À la première phrase du second alinéa, les mots : « des caisses mentionnées » sont remplacés par les mots : « de la caisse mentionnée » ;

3° L'article L. 215-5 est ainsi modifié :

a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle gère le régime... (le reste sans changement). » ;

b) Au second alinéa, les mots : « régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « mentionnée ci-dessus » ;

4° À l'article L. 215-6, les mots : « régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

5° L'article L. 215-7 est ainsi rédigé :

« Art. L. 215-7. – La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant :

« 1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

« 2° Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

« 3° Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

« 4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et désignées par l'autorité compétente de l'État, dont au moins un représentant des retraités et un représentant de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

« Siègent également avec voix consultative :

« a) Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si dans la circonscription de la caisse régionale il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

« b) Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

« Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux 1° et 2°. » ;

6° Au premier alinéa des articles L. 216-1 et L. 281-4, les mots : « régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

7° L'article L. 222-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les mots : « , ainsi que sur la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont supprimés ;

b) Au 6°, les mots : « et de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont supprimés ;

8° L'article L. 251-7 est abrogé ;

9° Le 1° du II de l'article L. 325-1 est ainsi rédigé :

« 1° Salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, et salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements ; »

10° À la fin de la première phrase de l'article L. 357-14, les mots : « régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle ».

II. – Le I entre en vigueur au 1^{er} janvier 2012.

III. – Par dérogation à l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale, le mandat des membres des conseils d'administration de la caisse chargée de la santé au travail compétente pour la région Alsace-Moselle et de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg expire le 31 décembre 2011.

IV. – Par dérogation à l'article L. 325-1 du même code, les assurés salariés et leurs ayants droit bénéficiaires du régime local au 31 décembre 2011 conservent le bénéfice dudit régime pour la durée pendant laquelle ils remplissent les conditions d'ouverture des droits prévues par la législation en vigueur à cette date.

V. – Le premier alinéa de l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« 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 ci-après :

« – salariés d'une entreprise ayant son siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et 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 ;

« – personnes visées aux 4° à 11° du II de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale. »

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 63 A (nouveau)

Au I de l'article 1635 bis Q du code général des impôts, le mot : « , sociale » est supprimé.

Article 63

I. – L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2° Le sixième alinéa est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase est complétée par les mots :

Article 63

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« dans un délai fixé par voie réglementaire » ;

b) La dernière phrase est complétée par les mots : « ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir » ;

3° À la fin de la première phrase du huitième alinéa, les mots : « la juridiction administrative » sont remplacés par les mots : « le tribunal des affaires de sécurité sociale » ;

4° La deuxième phrase du neuvième alinéa est supprimée ;

5° Après le neuvième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales, des articles L. 553-2 et L. 835-3 du présent code, de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance vieillesse, des articles L. 355-2 et L. 815-10 du présent code.

« Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. »

II. – L'article L. 133-4 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du huitième alinéa est supprimée ;

2° L'avant-dernier alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. »

III. – Le IV de l'article L. 162-1-14 du même code est ainsi modifié :

1° Le b du 3° est ainsi modifié :

a) La première phrase est complétée par les mots : « ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir » ;

b) À la fin de la seconde phrase, le mot : « administratif » est remplacé par les mots : « des affaires de sécurité sociale » ;

2° La deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa est supprimée ;

3° Avant le dernier alinéa, sont insérés deux alinéas

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

ainsi rédigés :

« La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application pour les assurés sociaux de l'article L. 133-4-1.

« Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. »

IV. – L'article L. 162-1-14-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au neuvième alinéa, après le mot : « récidive », sont insérés les mots : « dans un délai fixé par voie réglementaire » ;

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

« Les décisions prononçant les sanctions prévues au présent article peuvent être contestées devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Quand ces sanctions consistent en des pénalités financières, elles sont recouvrées selon les modalités définies aux septième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 162-1-14. »

V. – Le deuxième alinéa de l'article L. 162-1-14-2 du même code est ainsi modifié :

1° Après le mot : « notifiée », sont insérés les mots : « et recouvrée » ;

2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« La pénalité peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. »

VI. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 262-52 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « pour la pénalité prévue à » sont remplacés par les mots : « , en matière de prestations familiales, aux sixième, septième, neuvième et dixième alinéas du I, à la seconde phrase du onzième alinéa du I et au II de ».

VII. – Les juridictions administratives demeurent compétentes pour connaître des recours formés devant elles contre les décisions prononçant les sanctions prévues aux articles L. 114-17 et L. 162-1-14 à L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale et pendants à la date de promulgation de la présente loi.

VIII (*nouveau*). – Le premier alinéa des articles L. 355-3 et L. 723-13 et le dernier alinéa de l'article L. 815-11 du code de la sécurité sociale sont complétés par les mots : « , sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration ».

Texte adopté par le Sénat

IX (nouveau). – L'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par les mots : « ainsi qu'aux deux dernières phrases du neuvième alinéa de ce même article ».

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 63 bis A (nouveau)

La seconde phrase du premier alinéa du V de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ainsi qu'un représentant des usagers ».

Article 63 bis B (nouveau)

I. – Les retraités français établis hors de France doivent fournir une fois par an à leurs caisses de retraite un justificatif d'existence.

II. – Sous réserve de l'appréciation de la situation locale par les autorités consulaires françaises, les justificatifs d'existence peuvent être télétransmis.

III. – La suspension du versement de la pension de retraite des Français établis hors de France ne peut avoir lieu qu'à l'expiration d'un délai minimal d'un mois à compter de la date fixée par la caisse de retraite pour l'envoi du justificatif d'existence.

Articles 63 bis et 63 ter

.....Conformes.....

Article 63 quater

Après la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Ces échanges peuvent notamment porter sur les montants des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa. Cette nouvelle fonctionnalité est mise en œuvre avant la fin de l'année 2012. »

Article 63 quinquies

Après l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-12-3.* – L'obtention frauduleuse, notamment à l'aide de faux documents ou de fausses déclarations, d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques entraîne la déchéance immédiate du droit à l'ensemble des prestations qui ont été versées ou prises en charge précédemment par les organismes de protection sociale et le réexamen du droit aux prestations versées par les organismes mentionnés à l'article L. 114-12. Le cas échéant, le service en charge du répertoire

Article 63 quater

« Ces ...

... en œuvre après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article 63 quinquies

« *Art. L. 114-12-3.* – L'obtention ...

... entraîne la suspension du versement des prestations dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-4 et le réexamen du droit à l'ensemble des prestations versées par les organismes mentionnés à l'article L. 114-12. Le cas ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

national d'identification des personnes physiques procède à l'annulation du numéro d'inscription obtenu frauduleusement.

« Le service gérant le répertoire mentionné à l'article L. 114-12-1 est immédiatement informé par l'autorité, le service ou l'organisme qui a découvert la fraude, qui peut aussi en informer directement les organismes de protection sociale concernés.

« Le service gérant le répertoire mentionné au même article L. 114-12-1 transmet immédiatement cette information aux directeurs des organismes de protection sociale et aux agents comptables auprès desquels la personne concernée est inscrite.

« La même information est transmise au service gérant les numéros d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques afin que celui-ci procède à l'annulation du numéro frauduleusement obtenu. »

Texte adopté par le Sénat

... frauduleuse-

ment.

Article 63 *sexies*

.....Conforme.....

Article 64

I. – L'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du septième alinéa est supprimée ;

2° Après le mot : « ainsi », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime. »

II. – Le chapitre VI du titre VII du livre III du même code est complété par des articles L. 376-4 et L. 376-5 ainsi rédigés :

« *Art. L. 376-4.* – La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.

« L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l'article L. 376-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

« Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L. 376-1. Une seule pénalité est

Article 64

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

due à raison du même sinistre.

« La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

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

« *Art. L. 376-5 (nouveau).* – Les caisses de sécurité sociale peuvent exiger le remboursement des dépenses à servir au titre notamment des prestations de rente, pension et frais futurs sous forme d'un capital constitutif évalué dans les conditions prévues au présent code. »

III. – L'article L. 454-1 du même code est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du cinquième alinéa est supprimée ;

2° Après le mot : « ainsi », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime. »

IV. – Le chapitre IV du titre V du livre IV du même code est complété par des articles L. 454-2 et L. 454-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 454-2.* – La caisse d'assurance maladie de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.

« L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa du présent article ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre des recours subrogatoires prévus aux articles L. 454-1, L. 455-1 et L. 455-1-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

« Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

« La contestation de la décision de la caisse d'assurance maladie relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

« *Art. L. 454-3 (nouveau).* – Les caisses de sécurité sociale peuvent exiger le remboursement des dépenses à servir au titre notamment des prestations de rente, pension et frais futurs sous forme d'un capital constitutif évalué dans les conditions prévues au présent code. »

Texte adopté par le Sénat

V (nouveau). – Après le quatrième alinéa de l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« *Le cinquième alinéa de l'article L. 454-1 et les articles L. 454-2 et L. 454-3 du code de la sécurité sociale sont applicables aux non salariés agricoles.* »

Articles 65, 65 bis, 66 et 66 bis

.....Conformes.....

Article 67

Le second alinéa du II de l'article L. 8221-6 du code du travail est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans ce cas, la dissimulation d'emploi salarié est établie si le donneur d'ordre s'est soustrait intentionnellement par ce moyen à l'accomplissement des obligations incombant à l'employeur mentionnées à l'article L. 8221-5.

« La personne qui a fait l'objet d'une condamnation pénale pour travail dissimulé en application du présent II est tenue au paiement des cotisations et contributions sociales à la charge des employeurs, calculées sur les sommes versées au salarié au titre de la période pour laquelle la dissimulation d'emploi salarié a été établie. »

Article 67

« *Le donneur d'ordre qui ...*

... présent II est

tenu au ...

... versées

aux personnes mentionnées au I au titre ...

... établie. »

Articles 67 bis à 67 quater

.....Conformes.....

Article 67 quinquies (nouveau)

La sous-section 5 de la section 1 du chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 243-3-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-3-3.* – Le directeur de l'organisme créancier peut, préalablement à l'envoi de la mise en demeure prévue à l'article L. 244-2, demander à un huissier de justice d'obtenir du redevable qu'il s'acquitte auprès de lui du montant de sa dette.

« *Les frais de recouvrement sont versés directement par*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

le redevable à l'huissier de justice. Le montant des frais, qui restent acquis à l'huissier de justice, est calculé selon un taux proportionnel aux sommes recouvrées, fixé par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de la justice. »

Article 68

.....Conforme.....

ANNEXE RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour
2012

ANNEXE A

RAPPORT PRÉSENTANT UN TABLEAU, ÉTABLI AU 31 DÉCEMBRE 2010, RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS OU LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS À L'OCCASION DE L'APPROBATION DES TABLEAUX D'ÉQUILIBRE RELATIVES À L'EXERCICE 2010

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

(En milliards d'euros)

ACTIF	2010	2009	variation
IMMOBILISATIONS	6,6	6,8	-0,2
Immobilisations non financières	3,9	4,0	0,0
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,8	2,1	-0,2
Avances / prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (Ugecam, UIOSS)	0,8	0,8	0,0
ACTIF FINANCIER	50,7	48,4	2,3
Valeurs mobilières et titres de placement	44,6	43,9	0,8
Autres régimes	9,2	8,8	0,4
CADES	1,5	4,0	-2,4
FRR	33,9	31,2	2,7
Encours bancaire	5,9	4,3	1,6
Régime général	0,8	0,5	0,3
Autres régimes	0,7	0,6	0,1
CADES	1,2	1,0	0,2
FRR	3,2	2,3	0,9
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,2	0,0
CADES	0,2	0,2	0,0

Texte adopté par le Sénat

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour
2012

ANNEXE A

Supprimée

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

ACTIF CIRCULANT	59,8	60,1	-0,3
Créances sur prestations	7,8	9,1	-1,3
Créances et produits à recevoir (PAR) sur cotisations, contributions sociales, impôts	41,3	38,1	3,2
Créances et PAR sur l'État et autres entités publiques	6,6	10,1	-3,5
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régul.)	4,1	2,8	1,3
TOTAL DE L'ACTIF	117,1	115,3	1,8

(En milliards d'euros)

PASSIF	2010	2009	variation
CAPITAUX PROPRES	-87,1	-66,3	-20,8
Dotations	32,8	30,3	2,4
Régime général	0,5	0,5	0,0
Autres régimes	3,7	3,5	0,2
CADES	0,2	0,2	0,0
FRR	28,3	26,1	2,3
Réserves	13,2	13,7	-0,5
Régime général	2,6	2,6	0,0
Autres régimes	6,7	7,0	-0,3
FRR	3,9	4,1	-0,1
Report à nouveau	-110,0	-90,7	-19,3
Régime général	-13,5	6,9	-20,4
Autres régimes	-1,3	-0,3	-1,0
FSV	-3,2	0,0	-3,2
CADES	-92,0	-97,3	5,3
Résultat de l'exercice	-23,9	-19,6	-4,3
Régime général	-23,9	-20,3	-3,6
Autres régimes	-1,6	-1,2	-0,4
FSV	-4,1	-3,2	-0,9
CADES	5,1	5,3	-0,1
FRR	0,6	-0,1	0,7
Autres	0,7	0,0	0,7
FRR	0,7	0,0	0,7
PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	17,0	16,4	0,5
PASSIF FINANCIER	146,8	124,7	22,0
Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	118,8	106,5	12,3
Régime général	17,5	9,6	8,0
CADES	101,2	97,0	4,3
Dettes à l'égard d'établissements de crédits	24,7	17,8	6,9
Régime général (y compris prêts CDC)	21,0	15,5	5,5
Autres régimes	3,7	2,1	1,6
CADES	0,0	0,2	-0,2
Dépôts	0,8	0,0	0,8
Régime général	0,8	0,0	0,8
Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,1	0,1	0,0
FRR	0,1	0,1	-0,1
Autres	2,4	0,3	2,0
Régime général	0,3	0,0	0,2

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Autres régimes	0,1	0,1	0,0
CADES	2,0	0,2	1,8
PASSIF CIRCULANT	40,5	40,5	0,0
Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	21,3	21,3	0,0
Dettes à l'égard des cotisants	1,4	1,0	0,4
Dettes et CAP à l'égard de l'État et autres entités publiques	7,6	7,2	0,4
Autres passifs (créiteurs divers, comptes d'attente et de régul.) dont soulte IEG	10,2	11,0	-0,8
TOTAL DU PASSIF	117,1	115,3	1,8

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

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (50,7 milliards d'euros, dont les deux tiers environ par le FRR), du besoin en fonds de roulement (différence de 19,3 milliards d'euros entre les actifs et passifs circulants) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 146,8 milliards d'euros au 31 décembre 2010 (contre 124,7 milliards d'euros au 31 décembre 2009).

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

II. – Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2010 et affectation des excédents observés sur ce même exercice

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 23,9 milliards d'euros en 2010. La branche Maladie a ainsi enregistré un déficit de 11,6 milliards d'euros, la branche Accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,7 milliard d'euros, la branche Vieillesse un déficit de 8,9 milliards d'euros et la branche Famille un déficit de 2,7 milliards d'euros.

Pour faciliter le retour de la croissance qui constituait un objectif prioritaire, il avait été décidé dans le contexte exceptionnel de l'année 2010 de ne pas procéder durant cet exercice à des reprises de dette par la CADES. Aussi le Gouvernement avait-il pris les engagements nécessaires pour que

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

le déficit global du régime général pour les exercices 2009 et 2010 puisse être financé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, avec l'appui de l'Agence France Trésor, au moyen de ressources non permanentes dans la limite des plafonds fixés par les lois de financement de la sécurité sociale.

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert de ces déficits cumulés du régime général pour 2009 et 2010 (hors branche Accidents du travail) à la CADES. Conformément aux dispositions organiques, la caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

La plupart des **régimes de base autres que le régime général** présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles hors branche Retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires, des cultes et des marins), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État) équilibrés par ces derniers et enfin du régime social des indépendants dont les déficits sont couverts par une affectation à due proportion du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Cependant, deux régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2010 des résultats déficitaires.

S'agissant d'une part de la branche Retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 1,3 milliard d'euros (contre 1,2 milliard d'euros en 2009) et a fait l'objet d'un financement bancaire dans le respect du plafond fixé par la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 à 3,5 milliards d'euros. La présente loi transfère à la CADES, grâce à la mobilisation des ressources supplémentaires dont celle-ci bénéficiera en application du plan de lutte contre les déficits publics, les déficits cumulés pour 2009 et 2010 de la branche Vieillesse du régime.

S'agissant d'autre part de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), il convient d'observer qu'elle a enregistré pour la première fois un déficit en 2010 (0,5 milliard d'euros). Compte tenu des réserves antérieures de la caisse, celui-ci a été pour l'essentiel autofinancé.

Enfin, quelques régimes présentent des résultats excédentaires, principalement la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (risque maladie), la Caisse

Texte adopté par l'Assemblée nationale

nationale des industries électriques et gazières et le fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (environ 0,1 milliard d'euros chacun). Ces excédents sont affectés au report à nouveau des caisses.

Par ailleurs, le FSV a enregistré en 2010 un déficit de 4,1 milliards d'euros. Le fonds ne disposant pas de réserve, ce déficit est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif. Dans la mesure où le FSV n'est pas habilité par la loi de financement à emprunter, ce déficit a entraîné en 2010 une dette vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) qui a été financée *in fine* par les emprunts de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), dans les mêmes conditions que les déficits propres de la CNAV.

Comme pour le régime général, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 précitée a organisé le transfert à la CADES des déficits cumulés 2009 et 2010 du fonds.

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

Hypothèses retenues dans la projection quadriennale

(En %)

	2011	2012	2013	2014	2015
Produit intérieur brut en volume	1,75	1,75	2,0	2,0	2,0
Masse salariale privée	3,7	3,7	4,0	4,0	4,0
Inflation	2,1	1,7	1,75	1,75	1,75
Objectif national de dépenses d'assurance maladie en valeur	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8

La présente annexe décrit l'évolution des dépenses, des recettes et des soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) à l'horizon 2015, sur la base d'hypothèses macroéconomiques prudentes et intégrant l'impact financier des mesures participant de la stratégie du Gouvernement en matière de retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Les hypothèses retiennent une stabilisation en 2012 de la progression de la masse salariale privée, principale assiette des ressources de la sécurité sociale, au même rythme qu'en 2011 (3,7 % en valeur), en raison notamment d'un ralentissement de la hausse des prix (1,7 %, après 2,1 % en 2011). De 2013 à 2015, la masse salariale privée est supposée pro-

Texte adopté par le Sénat

ANNEXE B

Supprimée

Texte adopté par l'Assemblée nationale

gresser de 4 % par an en valeur, soit un peu plus rapidement qu'en 2011 et en 2012. Cette hypothèse est prudente, car inférieure au rythme annuel moyen de la masse salariale privée entre 1998 et 2007 (+4,1 %), alors que l'éventualité d'un rattrapage partiel des points de croissance perdus entre 2008 et 2012 par rapport à la tendance historique ne peut être écartée. Elle suppose néanmoins une croissance de la rémunération du travail salarié légèrement plus rapide que le produit intérieur brut (PIB) en valeur (4 % contre 3,75 %), prolongeant le constat établi en 2010 et en 2011 d'une bonne tenue de l'emploi et des salaires.

La période quadriennale qui s'ouvre est marquée par des incertitudes sur l'environnement macroéconomique international, qui contraint fortement les finances publiques des États. Dans le programme de stabilité transmis à la Commission européenne au premier semestre 2011, la France s'est engagée auprès de ses partenaires européens à respecter une trajectoire de redressement du solde des administrations publiques (de -5,7 % du PIB en 2011 à -4,5 % en 2012, -3,0 % en 2013 et -2,0 % en 2014) et ce quelle que soit la conjoncture économique. Tous les sous-secteurs des administrations publiques devront prendre leur part à cet effort, et notamment la sécurité sociale compte tenu de son poids dans l'ensemble des finances publiques, même si sa part dans le besoin de financement d'ensemble de la sphère publique reste limitée (moins d'un cinquième du besoin de financement des administrations publiques en 2010).

La trajectoire financière décrite dans la présente annexe est marquée par une réduction très significative du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Celui-ci devrait passer de 20,2 milliards d'euros en 2011 à 11,0 milliards d'euros en 2015, soit une diminution de près de la moitié. Pour le seul régime général, le redressement est encore plus significatif : -8,5 milliards d'euros en 2015, contre -18,2 milliards d'euros en 2011. Les déficits de la branche Vieillesse étant d'ores et déjà financés jusqu'en 2018 par le biais de la reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits annuels de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) durant la période de montée en charge de la réforme des retraites, le déficit du régime général hors branche Vieillesse devra être remboursé par des excédents ultérieurs.

Le levier principal et la clé de la durabilité de ce redressement sont un effort continu de maîtrise des dépenses de la sécurité sociale. La projection quadriennale décrite dans la présente annexe retient l'hypothèse d'une progression annuelle moyenne des charges nettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 3,1 % en valeur, soit 1,35 % en volume. Maintenir pendant quatre ans la croissance des dépenses de la sécurité sociale à un rythme inférieur d'un tiers à celui de la richesse nationale constituera un résultat important au regard des pressions que le vieillisse-

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

ment de la population exercera sur la demande de prestations et services sociaux. Ce résultat sera obtenu au moyen d'un engagement résolu dans la recherche de l'efficacité de la fourniture de ces prestations et services.

En matière d'assurance maladie, conformément à l'engagement pris par le Président de la République lors de la conférence des déficits publics en mai 2010, la présente loi fixe un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en progression de 2,8 % en valeur par rapport à l'objectif 2011, qui sera lui-même respecté. La présente projection quadriennale repose également sur l'hypothèse de la reconduction de ce taux de progression de 2,8 % jusqu'en 2015 au moins.

Compte tenu d'une évolution tendancielle, en l'absence de toute mesure, légèrement supérieure à 4,0 %, cela signifie un effort d'économie de plus de 2 milliards d'euros chaque année. Ces économies seront justement réparties entre efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville, baisse des coûts des médicaments par le développement des génériques et l'action sur les prix des produits, amélioration de l'efficacité hospitalière et convergence tarifaire : les mesures viseront prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins. Ainsi, en 2012, exercice au cours duquel le respect d'une progression des dépenses sous ONDAM de 2,8 % par rapport à l'objectif pour 2011 exige un montant d'économies de 2,2 milliards d'euros, celles-ci seront atteintes :

– par de nouvelles actions de maîtrise médicalisée, qui devront produire 550 M€ d'économies ;

– par des ajustements tarifaires dans le domaine des produits de santé dans le cadre de la politique conventionnelle, pour un montant de 770 M€ ;

– par des baisses de tarifs de certains actes médicaux, principalement en radiologie et en biologie, à hauteur de 170 M€ ;

– par la mise en place de procédures tendant à faire baisser les prix des médicaments génériques, qui demeurent significativement plus élevés que dans les principaux États membres de l'Union européenne ;

– enfin, dans le domaine hospitalier, par la poursuite de la convergence tarifaire, l'amélioration de la performance à l'hôpital et l'intensification des politiques de lutte contre la fraude, dont sont attendues 450 M€ d'économies.

En outre, en application du III de l'article 8 de la loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, un montant de 545 millions d'euros sera mis en réserve en 2012.

On ne saurait trop souligner la performance réalisée par la France en matière de régulation des dépenses

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

Les efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui seront fournis trouveront une traduction dans les comptes de la branche Maladie du régime général, dont le déficit reviendra de 11,6 milliards d'euros en 2010 à 5,9 milliards d'euros en 2012, soit une division par deux en deux ans, et à 2,5 milliards d'euros en 2015.

Dans le domaine des retraites, la réforme adoptée l'an dernier a commencé à être mise en œuvre en 2011. Sa montée en charge se poursuivra en 2012 avec, dès le 1^{er} janvier, la deuxième étape du relèvement des âges de la retraite (à 60 ans et 8 mois pour l'âge d'ouverture des droits), pour la génération 1952. Cette mesure et les autres dispositions de la réforme portant sur les dépenses des régimes produiront en 2012 une économie significative, de l'ordre de 1,3 milliard d'euros, sans compter l'impact des mesures de recettes prises en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 au bénéfice de la CNAV et du FSV, ni les gains en ressources pour les régimes de sécurité sociale consécutifs au maintien en activité d'un nombre plus important de seniors.

À plus long terme, la réforme fixe l'objectif d'un retour à l'équilibre financier de l'ensemble du système de retraite à l'horizon 2018, sans dégrader le niveau élevé des pensions dont bénéficient les retraités, ni alourdir les prélèvements supportés par les actifs, et ainsi préserver la quasi-parité de niveau de vie aujourd'hui observée entre actifs et retraités (le niveau de vie des retraités équivaut en moyenne à 96 % de celui des actifs en 2009). Aussi le levier

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

privilegié est-il l'élévation de l'âge effectif de départ en retraite au moyen de l'allongement de la durée d'assurance requise pour obtenir une pension à taux plein en fonction de l'évolution de l'espérance de vie et de l'élévation des âges légaux de la retraite. Ce levier est nécessaire pour atteindre l'objectif posé dans la réforme des retraites de 2003 d'un partage des gains d'espérance de vie à deux tiers en faveur de l'activité professionnelle et au tiers restant en faveur de la retraite. Au total, selon les évaluations disponibles, le relèvement des bornes d'âge devrait se traduire par un gain de 9,1 milliards d'euros à l'horizon 2018 pour la branche Vieillesse du régime général, soit près de la moitié de l'impact d'ensemble de la réforme.

Mais le redressement des comptes de la sécurité sociale à l'horizon 2015 reposera aussi sur un effort de remise à niveau des recettes. En effet, la perte de recettes pour le régime général liée à la conjoncture très défavorable que l'économie française a traversée en 2008/2011 peut être estimée à 9 points de masse salariale du secteur privé, soit 18 milliards d'euros environ. Compte tenu de l'ampleur de cette ponction sur ces recettes, sans laquelle les régimes de sécurité sociale dans leur ensemble seraient excédentaires, le Gouvernement entend logiquement mettre en œuvre des actions qui permettent d'assurer un financement viable du haut niveau de protection sociale qui doit être garanti aux Français.

La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites participait déjà d'un tel objectif, avec un volet recettes important. Des recettes nouvelles ciblées sont apportées aux régimes de retraite et au FSV. Ainsi, les ménages imposés à la tranche la plus élevée du barème de l'impôt sur le revenu ont vu leur taux marginal augmenter d'un point. Par ailleurs, les prélèvements sur les *stock-options* et les retraites chapeaux ont été relevés. Les revenus du capital sont également mis à contribution de façon spécifique (plus-values de cessions mobilières et immobilières, dividendes et intérêts). Concernant les entreprises, le gain de recettes induit par l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales bénéficie intégralement au FSV. Enfin, à plus long terme, les cotisations vieillesse au régime général seront augmentées entre 2015 et 2018 et compensées à due proportion par une diminution des cotisations d'assurance chômage, compte tenu de l'amélioration prévue de la situation financière de ce régime.

Outre les recettes associées à la réforme des retraites, des mesures nouvelles annoncées par le Premier ministre le 24 août dernier, dans le cadre d'un plan global de lutte contre les déficits, permettront d'améliorer les comptes des organismes de sécurité sociale de 6 milliards d'euros, dont environ 4 milliards d'euros au titre de la réduction des niches sociales. Parmi celles-ci, on peut citer : la réforme des abattements sur les plus-values immobilières, la hausse du forfait social de 6 à 8 % portant sur les dispositifs tels que l'épargne salariale ou la retraite supplémentaire, l'élargissement d'un point de l'assiette de la contribution so-

Texte adopté par l'Assemblée nationale

ciale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale pour les revenus d'activité, la réintégration des heures supplémentaires dans le barème des allègements généraux de cotisations sociales suivant les recommandations du Conseil des prélèvements obligatoires, tout en maintenant les avantages fiscaux et sociaux prévus par la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, la hausse du taux de la taxe sur les conventions d'assurance, un plus juste assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités de rupture, dans la continuité du mouvement engagé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Ces mesures traduisent également la volonté de renforcer l'équité du prélèvement, en assurant notamment la contribution des plus hauts revenus *via* l'augmentation de 1,2 point des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Par ailleurs, dans le cadre d'une politique globale de santé publique visant à limiter les comportements à risque, les prix du tabac seront renchérissés, la fiscalité sur les alcools forts augmentée et une nouvelle taxe créée sur les boissons à sucre ajouté. Certaines de ces mesures sont inscrites dans la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011. Le reste de l'effort se traduit par des dispositions tant législatives, inscrites dans la présente loi et dans la loi de finances pour 2012, que réglementaires.

L'année 2012 verra ainsi le redressement des comptes de la sécurité sociale franchir une étape décisive. Cependant, l'effort de reconstitution des recettes se poursuivra au-delà de cette date, en retenant prioritairement les mesures permettant de réduire les niches sociales. Ces dispositifs, qui constituent des dérogations aux règles de droit commun d'assiette et de taux des principaux prélèvements sociaux, peuvent être justifiés au regard des incitations qu'ils permettent d'adresser aux agents économiques, comme dans le cas des allègements généraux sur les bas salaires qui visent à stimuler l'embauche de travailleurs faiblement qualifiés par les entreprises. Certains peuvent avoir un objectif d'équité ou de cohésion sociale qui justifie qu'ils soient maintenus. D'autres, en revanche, ne remplissent pas ou plus les objectifs économiques ou sociaux initiaux. S'appuyant sur ce constat et sur les mesures d'ores et déjà prises, le Gouvernement entend donc poursuivre au-delà de 2012 l'effort de neutralisation des niches sociales les moins efficaces. La présente projection quadriennale incorpore à ce titre un surcroît de recettes sociales, au titre de la participation de la sécurité sociale à l'effort de réduction du déficit public nécessaire afin de respecter la trajectoire sur laquelle le Gouvernement s'est engagé ; ces recettes, qui seront prioritairement dégagées par la réduction de niches sociales et fiscales, permettront de compenser la révision à la baisse de la masse salariale par rapport aux hypothèses retenues dans la loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 précitée.

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

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 3,7 % en valeur de 2011 à 2015. Dans le seul régime général, la dynamique des dépenses serait encore plus forte : +4,2 % en moyenne. Avec un écart de près d'un point entre des recettes dynamiques grâce à des flux réguliers de mesures nouvelles et des dépenses maîtrisées dans la durée, la sécurité sociale se rapproche en 2015 de l'équilibre financier.

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

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Régime général

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes	138,8	141,8	147,8	156,2	162,2	168,5	175,0
Dépenses	149,3	153,4	157,4	162,2	167,3	172,4	177,5
Solde	-10,6	-11,6	-9,6	-5,9	-5,1	-3,9	-2,5
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes	10,4	10,5	11,6	12,1	12,4	12,9	13,4
Dépenses	11,1	11,2	11,6	11,9	12,2	12,5	12,8
Solde	-0,7	-0,7	0,0	0,1	0,2	0,3	0,6
Famille							
Recettes	56,1	50,2	52,4	54,3	55,6	57,3	59,1
Dépenses	57,9	52,9	55,1	56,6	58,2	59,6	61,1
Solde	-1,8	-2,7	-2,6	-2,3	-2,6	-2,3	-2,0
Vieillesse							
Recettes	91,4	93,4	100,6	104,9	109,4	114,0	119,5
Dépenses	98,7	102,3	106,6	110,7	115,2	119,7	124,1
Solde	-7,2	-8,9	-6,0	-5,8	-5,9	-5,6	-4,6
Toutes branches consolidé							
Recettes	288,7	287,5	303,1	317,9	329,7	342,6	356,7
Dépenses	309,1	311,5	321,3	331,8	343,1	354,2	365,2
Solde	-20,3	-23,9	-18,2	-13,9	-13,3	-11,5	-8,5

Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes	161,8	165,2	171,7	180,9	187,2	194,1	201,2
Dépenses	172,2	176,5	181,3	186,8	192,2	197,8	203,5
Solde	-10,4	-11,4	-9,6	-5,9	-5,0	-3,8	-2,3
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes	11,8	11,9	13,0	13,5	13,8	14,3	14,8
Dépenses	12,4	12,6	12,9	13,3	13,6	13,9	14,2
Solde	-0,6	-0,7	0,1	0,2	0,2	0,4	0,6
Famille							
Recettes	56,6	50,8	52,9	54,8	56,1	57,8	59,6
Dépenses	58,4	53,5	55,5	57,1	58,7	60,1	61,6
Solde	-1,8	-2,7	-2,6	-2,3	-2,5	-2,3	-1,9
Vieillesse							
Recettes	179,0	183,3	194,4	202,8	209,5	216,5	223,9
Dépenses	187,9	194,1	202,6	210,5	217,8	224,7	231,2
Solde	-8,9	-10,8	-8,1	-7,7	-8,3	-8,3	-7,4
Toutes branches consolidé							
Recettes	400,5	401,9	421,8	441,5	456,1	471,8	488,5
Dépenses	422,2	427,5	442,1	457,1	471,6	485,7	499,4
Solde	-21,7	-25,5	-20,2	-15,7	-15,5	-13,9	-11,0

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

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

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE SÉCURITÉ SOCIALE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES

ANNEXE C

Supprimée

1° Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2012

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régimes de base
Cotisations effectives	82,6	110,9	35,4	12,3	241,3
Cotisations prises en charge par l'État	1,4	1,3	0,5	0,0	3,3
Cotisations fictives d'employeur	0,9	36,6	0,1	0,3	38,0
CSG	62,7	0,1	9,6	0,0	72,4
Impôts et taxes	28,1	17,8	8,1	0,3	54,2
Transferts	2,5	35,2	0,3	0,1	27,6
Produits financiers	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2
Autres produits	2,6	0,8	0,6	0,4	4,4
Recettes	180,9	202,8	54,8	13,5	441,5

Les montants globaux de recettes par catégorie des régimes de base peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés pour chacune des branches du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

2° Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

Exercice 2012

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régime général
Cotisations effectives	74,2	67,7	35,2	11,5	188,6
Cotisations prises en charge par l'État	1,1	0,9	0,5	0,0	2,5
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CSG	54,4	0,0	9,7	0,0	64,1
Impôts et taxes	21,6	11,1	7,9	0,2	41,0
Transferts	2,6	25,0	0,3	0,0	18,3
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,3	0,2	0,6	0,3	3,4
Recettes	156,2	104,9	54,3	12,1	317,9

Les montants globaux de recettes par catégorie des régimes de base peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés pour chacune des branches du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

3° Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2012

(En milliards d'euros)

	FSV
CSG	9,9
Impôts et taxes	4,3
Produits financiers	0,0
Total	14,2