

N° 56

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1982-1983

Annexe au procès-verbal de la séance du 20 octobre 1982.

PROJET DE LOI

ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE
APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE

portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale.

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

A

M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT

(Renvoyé à la commission des Affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

L'Assemblée nationale a adopté, en première lecture, après déclaration d'urgence, le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale (7^e législ.) : 1123, 1151 et in-8° 251.

Sécurité sociale. — Aide sociale - Alcools - Assurance maladie, maternité - Assurance vieillesse : généralités - Assurance vieillesse : régimes autonomes et spéciaux - Assurance veuvage - Commerce et artisanat - Cotisations - Cotisations sur le tabac et les boissons alcooliques - Etablissements d'hospitalisation, de soins et de cure - Financement - Forfait hospitalier - Impôts, taxes - Pensions de vieillesse - Préretraite - Soins ambulatoires - Tabacs - Taxe sur la publicité pharmaceutique - Versement global annuel.

Articles premier et 2.

..... Supprimés

Art. 3.

L'article 6 de la loi n° 82-1 du 4 janvier 1982 est complété par les dispositions suivantes :

« Toutefois, à compter du 1^{er} avril 1983, le taux applicable aux revenus alloués aux assurés en situation, soit de préretraite en application des articles L. 322-4, L. 351-5 et L. 351-17 du code du travail, soit de cessation anticipée d'activité en application du chapitre II de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982, de l'ordonnance n° 82-298 du 31 mars 1982, des titres II et III de l'ordonnance n° 82-297 du 31 mars 1982 ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles, est celui des cotisations à la charge des salariés dans le régime d'assurance maladie dont ils relevaient du fait de l'activité au titre de laquelle ces revenus leur ont été attribués. »

Art. 4.

Le prélèvement de la cotisation d'assurance maladie visée à l'article 3 de la présente loi ne peut avoir pour effet de réduire les revenus de remplacement nets des assurés concernés à un montant inférieur au seuil d'exonération établi en application de l'article 6 de la loi n° 82-1 du 4 janvier 1982 précitée.

Art. 5.

Il est institué au profit de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises de préparation des médicaments donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application de l'article L. 266-1 du code de la sécurité sociale.

L'assiette de la contribution est égale au total des charges comptabilisées au cours du dernier exercice clos au titre des frais de prospection et d'information des praticiens afférents à l'exploitation en France des spécialités pharmaceutiques remboursables.

Le taux de la contribution est fixé à 5 %.

Sont exonérées de cette contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes est inférieur à 50 millions de francs, sauf lorsqu'elles sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé, réalisé en France, dépasse cette limite. Le seuil mentionné ci-dessus est revalorisé en fonction de l'évolution des conditions économiques par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget et de la santé.

La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

La contribution est versée au plus tard le 1^{er} décembre de chaque année. Elle est assise, contrôlée et recouvrée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, assistée, en tant que de besoin, par des services

de l'Etat désignés par arrêté, dans les conditions prévues en matière de taxe sur le chiffre d'affaires et sous les mêmes garanties et sanctions.

Art. 6.

Un forfait journalier est supporté par les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux à l'exclusion des établissements visés aux articles 52-1 et 52-3 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 et à l'article 5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975. Ce forfait n'est pas pris en charge par les régimes obligatoires de protection sociale, sauf dans le cas des enfants et adolescents handicapés hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle, des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, des bénéficiaires de l'assurance maternité et des bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

Les modalités de détermination de ce forfait journalier sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le forfait journalier s'impute à due concurrence sur la participation laissée éventuellement à la charge des assurés par leurs régimes respectifs d'assurance maladie, lorsque le montant de cette participation est supérieur ou égal à celui du forfait journalier ; dans le cas contraire, la participation est imputée sur le forfait.

Les modalités d'application et d'adaptation du présent article aux assurés ressortissant du régime local d'assurance maladie dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle seront définies par voie réglementaire.

Art. 7.

Les dispositions des articles L. 291 et L. 321 du code de la sécurité sociale sont abrogées.

L'allocation aux adultes handicapés versée aux personnes qui supportent le forfait journalier institué par l'article 6 ne peut pas être réduite, par application de l'article 40 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, à un montant inférieur à un minimum fixé par décret.

Art. 8.

Il est inséré dans le code de la famille et de l'aide sociale un article 181-3 ainsi rédigé :

« *Art. 181-3.* — Le forfait journalier institué par l'article 6 de la loi n° du peut être pris en charge au titre de l'aide sociale. L'article 144 n'est pas opposable aux personnes qui sollicitent cette prise en charge. »

Art. 8 bis (nouveau)

Les deuxième et troisième alinéas de l'article 146 du code de la famille et de l'aide sociale, modifié par la loi n° 82-599 du 13 juillet 1982, sont rédigés comme suit :

« En ce qui concerne les prestations d'aide sociale à domicile et la prise en charge du forfait journalier, un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions dans lesquelles sont exercés les recours, en prévoyant, le cas échéant, l'existence d'un seuil de dépenses supportées

par l'aide sociale en deçà duquel il ne saurait être procédé à leur recouvrement. Le recouvrement sur la succession du bénéficiaire de l'aide sociale à domicile ou de la prise en charge du forfait journalier s'exerce sur la partie de l'actif net successoral défini par les règles de droit commun, qui excède un seuil fixé par décret en Conseil d'Etat. »

Art. 9.

Dans les établissements d'hospitalisation publics et dans les établissements privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, la part des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie fait l'objet, chaque année, après avis des organismes de sécurité sociale, d'une dotation globale au profit de chaque établissement.

Il est procédé, dans les mêmes conditions, à une révision de la dotation globale en cours d'année, s'il se produit une modification importante et imprévisible des conditions économiques ou de l'activité médicale.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de fixation de cette dotation globale par arrêté du ministre chargé de la santé ou des commissaires de la République.

Art. 10.

Au 2° de l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, les mots : « les propositions de prix de journée » sont remplacés par les mots : « les propositions de dotation globale et de tarification des prestations ».

Art. 11.

L'article 52 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée est remplacée par les dispositions suivantes :

« *Art. 52.* — La dotation globale allouée par les organismes d'assurance maladie aux établissements visés à l'article 9 de la loi n° du est versée pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.

« Les sommes versées aux établissements pour le compte des différents régimes, en application de l'alinéa précédent, sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté interministériel fixe cette répartition.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et, notamment, les critères de la répartition entre régimes de la dotation globale. »

Art. 12.

Dans les établissements visés à l'article 9 ci-dessus, une tarification des prestations fixée par arrêté servira de base :

1° à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie ;

2° au calcul de la participation laissée à la charge des assurés dans le cas où le régime d'assurance maladie dont ils relèvent comporte une disposition de cet ordre ;

3° à l'exercice des recours contre tiers.

Art. 13.

L'article 201 du code de la famille et de l'aide sociale est modifié ainsi qu'il suit :

1° La première phrase du premier alinéa est remplacée par les dispositions suivantes :

« La section permanente du conseil supérieur de l'aide sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les arrêtés fixant la dotation globale due conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° du par les organismes d'assurance maladie ainsi que sur les recours contre les arrêtés déterminant les prix de journée des établissements publics ou privés. »

2° La dernière phrase du deuxième alinéa est remplacée par la phrase suivante :

« Les décisions fixant le montant des prix de journée et des versements globaux ont effet à compter de la date prévue dans l'arrêté donnant lieu à un litige. »

Art. 14.

Il est inséré dans le code de la sécurité sociale un article L. 277-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 277-1.* — Les dispositions fixées par les articles L. 276 et L. 277 du présent code ne sont pas applicables aux établissements d'hospitalisation privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier. »

Art. 15.

Il est inséré dans le code de la sécurité sociale un article L. 279-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 279-1.* — Les établissements d'hospitalisation publics et les établissements privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier sont tenus de permettre aux organismes d'assurance maladie d'exercer leur contrôle en vertu de l'article L. 280 sur les assurés hospitalisés et sur l'activité des services dans des conditions définies par un décret en Conseil d'Etat qui fixe notamment la teneur, la périodicité et les délais de production des informations qui devront être adressées à cette fin aux organismes d'assurance maladie. »

Art. 16.

... Retiré ...

Art. 17.

Les dispositions des articles L. 203, L. 238 et L. 353-1 du code de la santé publique ne sont pas applicables aux établissements publics et aux établissements privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.

Art. 18.

L'article L. 438 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Art. 19.

Il est inséré dans le code de la sécurité sociale un article L. 264-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 264-1.* — Lorsque les actions expérimentales de caractère médical et social sont menées par des personnes physiques ou morales, de droit public ou privé, faisant l'objet, à cette fin, d'un agrément des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, les dépenses prises en charge au titre des articles L. 283 a, L. 296, L. 317 et L. 434-1° ci-dessous peuvent faire l'objet d'un règlement forfaitaire par les caisses d'assurance maladie.

« Les modalités de règlement font l'objet de conventions soumises à l'approbation de l'autorité administrative et passées entre les organismes d'assurance maladie et les personnes en cause.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article ainsi que les modalités d'évaluation de ces actions, en relation, notamment, avec les élus locaux, les organismes d'assurance maladie et les professions de santé. »

Art. 20.

Les dispositions de l'article L. 264-1 du code de la sécurité sociale sont applicables, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, aux bénéficiaires du régime d'assurance maladie et maternité institué par la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée et aux bénéficiaires des législations sociales agricoles.

Art. 21.

Il est inséré dans l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 modifiée, relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale, un article 32-1 ainsi rédigé :

« *Art. 32-1.* — Les cotisations des employeurs et travailleurs indépendants des professions non agricoles sont, chaque année, calculées à titre provisionnel en pourcentage du revenu professionnel non salarié non agricole de l'avant-dernière année retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires. Le revenu professionnel est revalorisé par application, successivement, du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation

des ménages, constaté pour la dernière année, et du taux d'évolution du même indice en moyenne annuelle figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année au titre de laquelle la cotisation est due. Toutefois, ce revenu n'est pris en considération que jusqu'à concurrence du plafond applicable dans le régime général de la sécurité sociale au cours de la même année. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la cotisation fait l'objet d'une régularisation.

« Par dérogation à l'alinéa ci-dessus, la cotisation peut, à la demande de l'assuré, être fixée sur la base d'une assiette forfaitaire inférieure, dès lors que les éléments d'appréciation fournis par celui-ci sur l'importance de ses revenus professionnels au cours de l'année au titre de laquelle la cotisation est due, établissent que ces revenus seront inférieurs à l'assiette retenue en application de cet alinéa.

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

Art. 22.

L'article 33 de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 précitée est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 33. — Les charges de la section des employeurs et travailleurs indépendants des professions non agricoles sont couvertes par des cotisations calculées dans les conditions définies par l'article 32-1 ci-dessus. »

Art. 23.

L'article 24 de la loi n° 73-1193 du 27 décembre 1973 d'orientation du commerce et de l'artisanat est abrogé.

Art. 24.

I. — Le deuxième alinéa de l'article 18 de la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les cotisations des assurés sont fixées en pourcentage de leurs revenus professionnels non salariés non agricole retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu et de leurs allocations ou pensions de retraite, y compris les pensions servies dans les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Ces cotisations sont, chaque année, calculées à titre provisionnel sur la base du revenu professionnel non salarié non agricole de l'avant-dernière année auquel s'ajoutent, le cas échéant, les pensions de retraite. Le revenu professionnel est revalorisé par application successivement du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages constaté pour la dernière année, et du taux d'évolution en moyenne annuelle du même indice figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année au titre de laquelle la cotisation est due. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la cotisation fait l'objet d'une régularisation. Par dérogation à ces dispositions, la cotisation peut, à la demande

de l'assuré, être fixée sur la base d'une assiette forfaitaire inférieure, dès lors que les éléments d'appréciation fournis par celui-ci sur l'importance de ses revenus professionnels au cours de l'année au titre de laquelle la cotisation est due, établissent que ces revenus seront inférieurs à l'assiette retenue en application du présent alinéa. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul des cotisations ainsi que les seuils d'exonération totale ou partielle. »

II (nouveau). — L'article 18 de la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée est complété par le nouvel alinéa suivant :

« Les pensions d'invalidité sont exonérées de cotisations. »

Art. 25.

L'article L. 663-9 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 663-9.* — Les cotisations sont fixées dans les conditions déterminées par décret et dans la limite d'un plafond en pourcentage des revenus professionnels non salariés non agricoles de l'avant-dernière année retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu ou, le cas échéant, en fonction de revenus forfaitaires.

« Les revenus professionnels sont revalorisés par application successivement du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages constaté pour la dernière année et du taux d'évolution en moyenne annuelle du même indice

figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances, pour l'année au titre de laquelle la cotisation est due.

« Lorsque les revenus professionnels sont définitivement connus, la cotisation fait l'objet d'une régularisation.

« Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa ci-dessus, la cotisation peut, à la demande de l'assuré, être fixée sur la base d'une assiette forfaitaire inférieure, dès lors que les éléments d'appréciation fournis par celui-ci sur l'importance de ses revenus professionnels, au cours de l'année au titre de laquelle la cotisation est due, établissent que ces revenus seront inférieurs à l'assiette retenue en application de cet alinéa.

« Le montant du plafond ainsi que le taux de la cotisation sont ceux fixés en matière d'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale en application de l'article 41 de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 modifiée. »

Art. 26.

Des décrets fixeront les conditions d'application des articles 24 et 25. A titre transitoire, les cotisations visées par ces articles sont calculées conformément aux dispositions applicables antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 27.

I. — Il est institué, au profit de la caisse nationale d'assurance maladie, une cotisation perçue sur le tabac

et les boissons alcooliques en raison des risques que comportent ces produits pour la santé. La date d'entrée en vigueur de cette disposition est fixée par décret sans pouvoir être postérieure au 30 juin 1983.

II. — En ce qui concerne les boissons alcooliques, la cotisation est due à l'occasion de l'achat, par les consommateurs, de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 25 % vol.

La cotisation est représentée par un timbre acquis pour le compte des consommateurs, par les personnes leur vendant des boissons visées au premier alinéa et qui doit être apposé sur toutes les bouteilles comprises dans les stocks destinés à la vente au détail.

III. — En ce qui concerne les tabacs, la cotisation est due à l'occasion de l'achat, par les consommateurs, de tabacs manufacturés de toute nature.

La cotisation est représentée par un timbre acquis, pour le compte des consommateurs, par les fournisseurs de tabacs au sens de la loi n° 76-448 du 24 mai 1976 et apposé par eux ou les fabricants sur les unités de conditionnement pour la vente au détail.

IV. — Le montant de la cotisation spéciale est fixé à :

— en ce qui concerne les alcools,

• 1 F par décilitre ou fraction de décilitre lorsque le volume du contenant est inférieur ou égal à 1 l ;

• 15 F lorsque le volume est supérieur à 1 l, mais inférieur ou égal à 1,5 l ;

- 10 F par litre ou fraction de litre lorsque le volume est supérieur à 1,5 l ;

— en ce qui concerne les tabacs,

- 0,25 F par franc ou fraction du prix de l'unité de conditionnement.

V. — La cotisation est assise, contrôlée et recouvrée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, assistée, en tant que de besoin, par les services de l'Etat désignés par arrêté, dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de contributions indirectes. Les frais relatifs au recouvrement et à la gestion de la cotisation sont fixés par arrêté et s'imputent sur celle-ci.

VI. — Le montant de la cotisation n'est pas compris dans l'assiette de la taxe sur la valeur ajoutée, ni des prélèvements de nature fiscale ou parafiscale assis comme taxe. Il n'est pas pris en considération pour l'application des limites du forfait et du régime simplifié d'imposition.

La cotisation n'est pas déductible pour l'établissement de l'impôt sur le revenu ou, le cas échéant, de l'impôt sur les sociétés dû par le consommateur.

VII. — Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, et notamment l'adaptation de ces dispositions au cas des tabacs manufacturés vendus dans les départements de Corse et les départements d'outre-mer.

Art. 28 (nouveau).

Le comité d'entreprise ou d'établissement est informé trimestriellement de la situation de l'entreprise au regard des cotisations de sécurité sociale.

Délibéré en séance publique, à Paris, le 19 octobre 1982.

Le Président,

Signé : LOUIS MERMAZ.