

N° 171

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

Enregistré à la Présidence du Sénat le 26 novembre 2013

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE EN NOUVELLE LECTURE, de **financement de la sécurité sociale pour 2014**,*

Par M. Yves DAUDIGNY,

Sénateur,
Rapporteur général

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, présidente ; M. Yves Daudigny, rapporteur général ; M. Gilbert Barbier, Mmes Isabelle Debré, Catherine Deroche, Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Jacky Le Menn, Alain Milon, Jean-Marie Vanlerenberghe, vice-présidents ; Mmes Aline Archimbaud, Claire-Lise Campion, M. Jean-Noël Cardoux, Mme Chantal Jouanno, M. Marc Laménie, secrétaires ; Mme Jacqueline Alquier, M. Jean-Paul Amoudry, Mmes Françoise Boog, Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mme Muguette Dini, Mme Anne Emery-Dumas, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, M. Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Samia Ghali, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Jean-Claude Leroy, Gérard Longuet, Hervé Marseille, Mmes Michelle Meunier, Isabelle Pasquet, MM. Louis Pinton, Hervé Poher, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. René Teulade, François Vendasi, Michel Vergoz, Dominique Watrin.

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : Première lecture : **1412, 1470, 1462** et T.A. **224**
Commission mixte paritaire : **1557**
Nouvelle lecture : **1552, 1564** et T.A. **244**

Sénat : Première lecture : **117, 126, 127** et T.A. **30** (2013-2014)
Commission mixte paritaire : **150 et 151** (2013-2014)
Nouvelle lecture : **170** (2013-2014)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. LES DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2012 (PREMIÈRE PARTIE)	9
II. LES DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013 (DEUXIÈME PARTIE)	10
III. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2014 (TROISIÈME PARTIE)	11
IV. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2014 (QUATRIÈME PARTIE)	15
A. BRANCHE MALADIE	15
B. SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	20
C. BRANCHE VIEILLESSE	21
D. BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	21
E. BRANCHE FAMILLE	21
F. GESTION INTERNE DES RÉGIMES ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE	22
TABLEAU COMPARATIF	25

Mesdames, Messieurs,

A la suite du rejet par le Sénat du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 le 14 novembre dernier puis de l'échec de la commission mixte paritaire réunie le 18 novembre, l'Assemblée nationale était saisie en nouvelle lecture de ce projet de loi dans le texte qu'elle avait adopté en première lecture. Elle a procédé à son examen lors de sa séance du 25 novembre.

Sur les recettes, l'Assemblée nationale, conformément à l'annonce du Premier ministre et dans le droit fil des amendements présentés par le ministre du budget devant le Sénat, a profondément remanié l'article 8 consacré à la fiscalité applicable aux produits de placement. Le dispositif proposé recentre ainsi la mesure sur les seuls gains issus des contrats d'assurance-vie multisupports exonérés d'impôts sur le revenu. Ce choix vise à rétablir l'égalité de traitement au sein de la catégorie des assurances vie sans affecter les patrimoines moyens et modestes.

Afin de tenir compte des évolutions de l'environnement social et fiscal auxquelles sont confrontés les artisans et les commerçants, l'Assemblée nationale a par ailleurs, sur proposition du Gouvernement, décidé de lisser la hausse des taux de cotisations vieillesse prévue par l'article 10. La nouvelle rédaction de cet article établit une dérogation, pour les années 2014 et 2015, au principe d'identité du taux global, applicable sous le plafond de la sécurité sociale, de la cotisation d'assurance vieillesse de base du régime social des indépendants avec celui du régime général de sécurité sociale.

Nos collègues députés ont enfin précisé la rédaction des articles 15 et 15 bis du projet de loi de financement.

S'agissant de l'article 15, ils ont décidé de « flécher » une partie du produit de la Casa affecté pour 2014 à la CNSA - dans la limite de 30 millions d'euros - vers le financement d'actions destinées à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Concernant l'article 15 *bis*, l'Assemblée nationale s'est inspirée des conclusions du rapport de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) pour ajuster l'assiette de la nouvelle taxe sur les boissons énergisantes.

En matière de dépenses d'assurance maladie, l'Assemblée nationale a maintenu l'ensemble des articles qu'elle avait adoptés en première lecture, à l'exception d'une demande de rapport qui était redondante avec un autre article inséré dans le texte.

Elle a principalement adopté des amendements rédactionnels ou de précision.

Parmi les amendements plus marquants :

- à l'article 27 A, l'Assemblée nationale a précisé le champ du cadre général des expérimentations relatives à de nouveaux modes d'organisation des soins ;

- à l'article 31 qui concerne les transports sanitaires, elle a élargi le champ des établissements de santé amenés à conclure des contrats avec les ARS à ceux dont les dépenses de transports prescrites et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville dépassent un montant qui sera fixé par arrêté. Elle a également limité la portée de la nouvelle expérimentation en supprimant deux aspects : d'une part, le principe d'une adhésion des entreprises à la convention mise en place par l'établissement de santé ; d'autre part, l'éventuelle absence de remboursement pour le patient qui n'aurait pas recouru à une entreprise signataire de cette convention. Ce second point rejoint la préoccupation que votre rapporteur général avait exprimée en première lecture ;

- à l'article 39, l'Assemblée nationale a clarifié le dispositif de prise en charge des patients traités avec un médicament ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Pour autant, en distinguant les médicaments avec une ATU dite de cohorte et ceux avec une ATU dite nominative et en organisant deux dérogations dont les champs se recoupent, la rédaction de l'article est finalement peu simplifiée ;

- à l'article 44 qui concerne la dispense d'avance de frais, hors ticket modérateur, pour les consultations et examens biologiques préalables à la prescription de la contraception destinés aux mineures d'au moins quinze ans, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements pour conforter la mesure. L'un vise à garantir l'anonymat des mineures, en prévoyant que la dispense d'avance de frais est prise en charge par l'assurance maladie *via* la carte professionnelle du praticien. L'autre précise que le bénéfice du tiers-payant s'applique également, pour le même objet, aux prescriptions d'examens de biologie par les sages-femmes ;

- à l'article 45 qui réforme en profondeur la protection sociale complémentaire, l'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements. Le principal vise à revaloriser de 50 euros le montant de l'ACS pour les personnes âgées de 60 ans et plus : en passant de 500 à 550 euros, l'aide permettra de réduire encore plus le taux d'effort pour l'acquisition d'une couverture complémentaire santé des personnes âgées dont les revenus sont inférieurs à 967 euros. Votre rapporteur général se félicite de cette mesure et

souhaite maintenant que le Gouvernement accepte des mesures de simplification des démarches pour améliorer le taux de recours à l'ACS ;

- enfin, le Gouvernement a proposé d'actualiser les tableaux d'équilibre 2013 et 2014 pour prendre acte d'une réalisation des dépenses d'assurance maladie inférieure en 2013 aux dernières prévisions de la commission des comptes de septembre dernier.

À l'article 64, l'Assemblée nationale a étendu jusqu'au 30 juin 2015 la période de mise en œuvre du transfert à la MSA de la gestion des risques maladie et AT-MP des exploitants agricoles.

S'agissant du volet famille, l'Assemblée nationale a modifié l'article 59 qui prévoyait le gel du montant de l'allocation de logement familiale (ALF) en 2014. L'amendement adopté maintient la revalorisation de l'ALF l'année prochaine, mais la reporte du 1^{er} janvier au 1^{er} octobre. Par rapport à la mesure de gel, cet amendement diminue d'environ un quart l'économie occasionnée pour la Cnaf, évaluée initialement à 46 millions d'euros.

Des dispositions similaires concernant les aides personnalisées au logement (APL) et l'allocation de logement à caractère social (ALS) ont été adoptées par l'Assemblée nationale à l'article 64 du PLF.

Il s'agit d'un bon compromis entre la nécessité de maîtriser les dépenses de la branche famille et la volonté de ne pas pénaliser les titulaires d'allocations logement.

*

* *

À l'occasion de la nouvelle lecture au Sénat et sur la proposition de votre rapporteur général, la commission des affaires sociales a émis un avis favorable à l'adoption de ce projet de loi de financement dans la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale.

I. LES DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2012 (PREMIÈRE PARTIE)

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a adopté les dispositions de la première partie du présent projet de loi sans modification.

L'**article 1^{er}** approuve les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2012.

L'**article 2** approuve le rapport figurant en annexe A, retraçant la situation patrimoniale des régimes et organismes de sécurité sociale et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2012.

II. LES DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013 (DEUXIÈME PARTIE)

Lors de la nouvelle lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'Assemblée nationale a modifié trois des cinq articles de la deuxième partie.

L'**article 3** prévoit le transfert d'une partie des excédents du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

L'**article 4** fixe les modalités de la participation de 150 millions d'euros des organismes complémentaires d'assurance maladie au forfait de cinq euros attribué aux médecins traitants du fait de l'avenant n° 8 à la convention médicale. En nouvelle lecture, à l'initiative de notre collègue député Christian Paul, l'Assemblée nationale a adopté **quatre amendements** rédactionnels sur cet article.

L'**article 5** ajuste le montant de la dotation attribuée en 2013 au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp), à l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam).

L'**article 6** rectifie, pour l'exercice en cours, les prévisions de recettes, de dépenses et les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les tableaux d'équilibre des organismes concourant à leur financement. En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a adopté **deux amendements** sur cet article présentés par le Gouvernement et modifiant les prévisions de dépenses et de solde du régime général et des régimes obligatoires afin de tenir compte des dernières données connues concernant l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

L'**article 7** rectifie le montant pour 2013 de l'Ondam et de ses sous-objectifs pour un montant globalement inférieur de 500 millions d'euros à l'objectif initialement fixé. En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a adopté **un amendement** présenté par le Gouvernement sur cet article visant à prendre acte des dernières estimations connues pour 2013 qui aboutissent à réduire l'Ondam de 150 millions d'euros supplémentaires.

III. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2014 (TROISIÈME PARTIE)

Lors de la nouvelle lecture de ce texte, l'Assemblée nationale a modifié onze des vingt-quatre articles composant la troisième partie du projet de loi de financement.

Le dispositif de l'**article 8** qui supprime l'application du régime des taux historiques aux produits de placement exonérés d'impôt sur le revenu, simplifie et rationalise les dispositions relatives aux règles de déclaration et d'acomptes de ces produits et précise les modalités d'entrée en vigueur des prélèvements sociaux sur les revenus du capital à Mayotte, a été substantiellement amendé lors de la nouvelle lecture du texte par l'Assemblée nationale. Conformément à l'annonce du Premier ministre et dans le droit fil des amendements déjà déposés par le Gouvernement au Sénat, l'Assemblée a en effet adopté **onze amendements** sur cet article. Ils visent d'abord à limiter le champ d'application de la mesure de suppression des taux historiques aux seuls contrats d'assurance-vie exonérés d'impôt sur le revenu. Il exclut donc les PEL, les PEA et l'épargne salariale du dispositif. Ils tendent par ailleurs à harmoniser les modalités de l'acompte versé en cours d'année pour chaque contribution ou prélèvement social et à simplifier les modalités de répartition entre les différents affectataires des contributions et prélèvements sociaux par l'Agence comptable des organismes de sécurité sociale (Acoss).

L'**article 9** redéfinit l'assiette des cotisations sociales des non-salariés agricoles et affecte la moitié des réserves de gestion de la MSA au financement des dépenses techniques de la retraite complémentaire obligatoire.

L'**article 10** procède au déplafonnement partiel de l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse de base dues par les artisans et commerçants affiliés au régime social des indépendants. En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a adopté **un amendement** présenté par le Gouvernement sur cet article instaurant un dispositif transitoire au titre des années 2014 et 2015. Aux termes des éléments avancés par le ministre lors de l'examen du texte en séance publique à l'Assemblée nationale, ce dispositif vise « à lisser la hausse des cotisations retraite prévues pour 2014 pour les artisans et les commerçants pour tenir compte des contraintes résultant des évolutions de l'environnement social et fiscal, dont l'effet des mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 ».

L'**article 11** supprime tout lien entre les ressources de la Haute autorité de santé et l'industrie des produits de santé.

L'**article 12** crée une contribution unique sur le chiffre d'affaires lié à la vente de médicaments grâce à la fusion, opérée à rendement constant, de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires et de la taxe sur les premières ventes de médicaments. Outre **trois amendements** rédactionnels présentés par notre collègue député Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté **un amendement** visant à exonérer de la contribution ainsi créée les médicaments dérivés du sang respectant les critères du don éthique. Le Gouvernement s'est opposé à ce dernier amendement qui pose des difficultés de compatibilité avec le droit communautaire. On peut également soulever les problèmes techniques d'application puisque l'ANSM devra fixer la liste des spécialités ou des lots de production ainsi exclus de l'assiette, ce qui revient en outre à confier à l'ANSM une responsabilité relative à une assiette fiscale.

L'**article 12 bis** crée également, à rendement constant, une troisième tranche de la taxe sur le chiffre d'affaires de la vente en gros, assise sur le montant de la marge rétrocédée aux pharmacies d'officine.

L'**article 12 ter** permet aux branches professionnelles de recommander, après mise en concurrence, un ou plusieurs organismes de prévoyance pour des contrats présentant des garanties élevées de solidarité.

A l'initiative de notre collègue député Jean-Marc Germain, l'Assemblée nationale a adopté **quatre amendements** sur cet article. L'un impose aux organismes assureurs recommandés d'adresser annuellement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport sur la mise en œuvre du régime, ainsi que sur le contenu des éléments de solidarité et son équilibre. Les trois autres précisent le champ de la solidarité que pourront mettre en œuvre les accords recommandés par les branches : le premier est rédactionnel, le deuxième prévoit que la prise en charge de cotisation peut être « *partielle ou totale* » plutôt que « *gratuite* », la troisième élargit cette prise en charge éventuelle aux anciens salariés.

Par ailleurs, à l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a précisé les conditions d'entrée en vigueur des dispositions de cet article.

L'**article 13** maintient à 0,4 % le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde à la charge éventuelle des entreprises pharmaceutiques.

L'**article 14** intègre les déficits enregistrés entre 2011 et 2017 par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) et la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) dans le champ du programme de reprise de dette confié à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

L'**article 15** modifie l'affectation du produit de certaines recettes entre les différentes branches de la sécurité sociale afin de répartir entre celles-ci les gains financiers issus des mesures présentées en loi de finances pour 2014. Il affecte par ailleurs au Fonds de solidarité vieillesse les reliquats des encaissements de contribution sociale de solidarité des sociétés

antérieurs à 2011. Il définit enfin les modalités d'affectation du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie. Outre **huit amendements** rédactionnels présentés par notre collègue député Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté en nouvelle lecture **deux amendements** sur cet article visant à « flécher » une partie du produit de la Casa affecté à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2014 au financement d'actions destinées à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile et à imposer au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport relatif à l'utilisation des fonds de la CNSA.

L'**article 15 bis** instaure une contribution sur les boissons énergisantes. À l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté **quatre amendements** en nouvelle lecture visant à préciser l'assiette et à modifier la référence, dans le code général des impôts, de cette nouvelle taxe.

L'**article 15 ter** porte à 14 % le tarif de la taxe spéciale sur les contrats d'assurances pour les contrats complémentaires santé dits « non responsables et non solidaires ».

L'**article 16** reconfigure les exonérations de cotisations relatives à l'apprentissage, aux contrats de service civique et aux chantiers d'insertion.

L'**article 17** approuve le montant des crédits budgétaires et des recettes fiscales prévus par le projet de loi de finances pour 2014 afin d'assurer le financement des dispositifs compensés d'exonérations, de réductions ou d'abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale.

L'**article 18** détermine, par branche, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2014 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté **un amendement** tirant les conséquences sur les équilibres financiers des nouvelles mesures adoptées par l'Assemblée nationale dans le cadre de l'examen des projets de loi de financement et de finances pour 2014.

L'**article 19** détermine, par branche, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2014 du régime général de sécurité sociale. À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté **un amendement** tirant les conséquences sur les équilibres financiers des nouvelles mesures adoptées par l'Assemblée nationale dans le cadre de l'examen des projets de loi de financement et de finances pour 2014.

L'**article 20** détermine le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base et fixe l'objectif d'amortissement de la dette sociale, le montant des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de celles mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.

L'**article 21** soumet à l'approbation du Parlement un cadrage pluriannuel des recettes et des dépenses de la sécurité sociale. Outre **quatre amendements** rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté, sur cet article, **un amendement** tirant les conséquences sur les équilibres financiers des nouvelles mesures adoptées par l'Assemblée nationale dans le cadre de l'examen des projets de loi de financement et de finances pour 2014.

L'**article 22** généralise le dispositif de régularisation anticipée des cotisations versées par les travailleurs indépendants non agricoles. Il étend par ailleurs ce dispositif aux cotisations d'assurance maladie-maternité dues par les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. En nouvelle lecture, à l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté **un amendement** rédactionnel sur cet article.

L'**article 23** aménage le calendrier de mise en œuvre de la déclaration sociale nominative, élargit le champ de l'obligation de dématérialisation des déclarations sociales et étend le chèque emploi service universel dans les départements d'outre-mer.

L'**article 23 bis** confie aux Urssaf le recouvrement contentieux des pénalités financières prévues par le code de la sécurité sociale en matière de produits de santé remboursables.

L'**article 24** transfère une partie des réserves du fonds national de gestion technique des agents en activité et de leurs ayants droit de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie.

L'**article 25** proroge jusqu'en 2017 la possibilité ouverte à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines par la loi de financement pour 2013 de recourir à des avances de trésorerie auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour un montant maximal de 250 millions d'euros. À l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté **deux amendements** de précision sur cet article.

L'**article 26** habilite sept organismes à recourir à des ressources non permanentes destinées à couvrir leurs besoins de trésorerie.

IV. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2014 (QUATRIÈME PARTIE)

A. BRANCHE MALADIE

L'Assemblée nationale a **maintenu**, à l'exception d'un article, la totalité de la première section de la quatrième partie du projet de loi de financement relative à l'assurance maladie, sous réserve de quelques amendements.

1) Seize articles ont été adoptés sans aucune modification

L'**article 27** prolonge d'une année l'expérimentation relative aux nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé.

L'**article 27 bis**, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, concerne les centres de santé.

L'**article 29** met en place une expérimentation sur le déploiement de la télémédecine.

L'**article 30** prévoit le versement d'indemnités journalières aux professionnelles de santé en cas d'arrêt maladie lié à la grossesse.

L'**article 32** supprime le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqs).

L'**article 35** rend fongibles les crédits gérés par les agences régionales de santé et appartenant aux enveloppes, d'une part, du Fonds d'intervention régional (FIR), d'autre part, des dotations annuelles de financement destinées aux établissements publics et privés à but non lucratif en SSR et en psychiatrie.

L'**article 38** a pour objet de promouvoir la diffusion des médicaments biologiques similaires.

L'**article 40 bis**, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, fixe les modalités d'application de la convention liant l'assurance maladie et les pharmacies d'officine aux pharmacies mutualistes et minières.

L'**article 41** améliore le dispositif existant de régulation des produits de santé financés en sus des prestations d'hospitalisation.

L'**article 42** simplifie les règles de tarification des actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge des dispositifs médicaux.

L'**article 42 bis**, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, demande un rapport du Gouvernement au Parlement sur l'affectation de l'élargissement de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments.

L'**article 43** permet aux caisses nationales d'assurance maladie de mettre en place des programmes d'aide au sevrage tabagique.

L'**article 45 ter**, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, permet le renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires d'un minimum vieillesse.

Les **articles 46 bis et 46 ter**, insérés par l'Assemblée nationale en première lecture, demandent tous deux un rapport du Gouvernement au Parlement sur le droit aux indemnités journalières. En raison de leur redondance, **l'Assemblée nationale a finalement supprimé l'article 46 bis**.

L'**article 48** fixe le montant des dotations de l'assurance maladie à certains fonds et organismes au titre de 2014.

L'**article 50 ter**, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, demande un rapport du Gouvernement au Parlement sur la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire.

2) Douze articles ont été adoptés avec des modifications rédactionnelles ou de précision

A l'**article 27 A** inséré en première lecture et qui définit un cadre général aux expérimentations visant à optimiser les parcours de soins des patients, l'Assemblée nationale a restreint le champ concerné aux patients souffrant de pathologies chroniques et a précisé les dérogations possibles aux règles tarifaires et de facturation de droit commun. Par ces **deux amendements visant à préciser l'objet des expérimentations**, l'Assemblée nationale a limité le risque de censure par le Conseil constitutionnel, évoqué par votre rapporteur général dans son rapport de première lecture.

L'**article 28** met en place un collège des financeurs chargé d'évaluer l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire des coopérations entre professionnels de santé décidées dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST.

L'**article 29 bis**, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, demande un rapport du Gouvernement au Parlement sur les « *déserts médicaux* », terme modifié en nouvelle lecture au profit de « *zones médicalement sous-dotées* ».

L'**article 33** réforme la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé. Il permet, d'une part, un financement dérogatoire de certaines activités pratiquées par des établissements isolés, d'autre part, la minoration de certains tarifs lorsque l'activité liée à une prestation dépasse, en évolution ou en volume, un seuil fixé par l'Etat.

L'**article 33 bis**, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, adapte la procédure de mise sous accord préalable de certaines prestations d'hospitalisation de soins de suite et de réadaptation (SSR).

L'**article 34** engage deux expérimentations de tarification au parcours pour l'insuffisance rénale chronique et pour le traitement du cancer par radiothérapie.

L'**article 36** reporte à 2018 la facturation au fil de l'eau des séjours d'hospitalisation dans les établissements de santé publics et privés à but non lucratif et actualise les règles de répartition des charges hospitalières entre les régimes d'assurance maladie. A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a **complété** le second point de cet article en renvoyant à un arrêté, plutôt qu'à un accord entre les régimes, la répartition des sommes dues par l'assurance maladie pour le financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

L'**article 37** met en place une expérimentation visant à délivrer certains antibiotiques à l'unité en pharmacie. L'Assemblée nationale a **ajouté** que l'expérimentation pourrait débuter à compter du 1^{er} avril 2014.

L'**article 40** concerne les remises, ristournes et avantages de toute nature octroyés aux pharmaciens par les fournisseurs de médicaments génériques. L'**Assemblée nationale a confirmé sa position de première lecture tendant à renvoyer à un arrêté, dans la limite de 50 %**, le montant total de ces remises de toute nature. Elle a par ailleurs adopté un amendement de cohérence avec l'article 23 *bis* qui rationalise le circuit de recouvrement, par les Urssaf, des pénalités financières prévues par le code de la sécurité sociale en matière de produits de santé remboursables : ce même régime s'appliquera également au recouvrement de la pénalité prévue à cet article.

L'**article 45 bis**, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, transpose aux bénéficiaires de l'ACS le dispositif du « panier de soins » qui existe pour la CMU-c.

L'**article 46** simplifie la législation relative aux indemnités journalières versées aux travailleurs indépendants et aux exploitants agricoles.

L'**article 50 bis**, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, permet la détermination conventionnelle de prix limites de facturation des soins thermaux par forfait.

3) Six articles ont été adoptés avec des modifications un peu plus substantielles

- L'**article 31** concerne **les transports sanitaires** : il vise d'une part à simplifier la mise en œuvre des contrats entre les ARS et certains établissements de santé et, d'autre part, à ouvrir une nouvelle expérimentation relative à l'organisation et à la régulation de ces transports.

En ce qui concerne les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos), le Gouvernement a présenté en nouvelle lecture **un amendement**, adopté par l'Assemblée nationale, prévoyant que ces contrats pourront également être conclus lorsque les dépenses de transports prescrites dans l'établissement et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville dépassent un montant fixé par arrêté, alors qu'aujourd'hui ne sont concernés que les établissements dont ces dépenses progressent au-delà

d'un certain taux fixé nationalement. De ce fait, tous les établissements d'une certaine taille seront concernés quelle que soit l'évolution des dépenses de transports qu'ils génèrent.

Le Gouvernement a également déposé **un amendement**, adopté par l'Assemblée nationale, sur la partie de cet article relative à une nouvelle expérimentation en matière de transports sanitaires. Cet amendement comporte deux objets :

- il supprime la sanction éventuelle à la charge du patient si celui-ci ne choisit pas une entreprise de transport participant à l'expérimentation. **Cette modification fait écho à l'amendement déposé en première lecture par votre commission, à l'initiative de votre rapporteur général, pour encadrer strictement la pénalisation du patient ;**

- il supprime plus généralement le fait que les entreprises de transport ou de taxi adhèrent à la convention mise en place par l'établissement expérimentateur.

Ainsi, dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, il est prévu que les établissements de santé peuvent expérimenter de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports. Cette expérimentation prend la forme d'une convention conclue entre l'établissement, l'assurance maladie et l'ARS, cette dernière pouvant attribuer un financement « *de lancement* ». En définitive, cette expérimentation n'apporte donc **pas de plus-value particulière par rapport aux Caqos**.

• **L'article 39** généralise une expérimentation permettant de prendre en charge des médicaments ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) avant la fixation du prix et du niveau de remboursement.

L'Assemblée nationale a notamment adopté **cinq amendements** déposés par le Gouvernement :

- **la prise en charge « post-ATU » sera limitée aux médicaments ayant bénéficié d'une ATU dite de cohorte**, à l'exclusion de ceux qui ne concernent qu'un seul malade (ATU dite nominative). Formellement, la rédaction de ce renvoi n'est pas pleinement satisfaisante ;

- **une dérogation est prévue pour les médicaments ayant reçu une ATU nominative et dont l'AMM sera attribuée durant le premier semestre 2014** ; contrairement aux autres médicaments couverts par l'article, cette dérogation couvre l'ensemble des indications de l'AMM. Aucune précision n'a été apportée sur cette dérogation limitée dans le temps ;

- par ailleurs, la dérogation qui était déjà inscrite dans le texte pour faciliter le prolongement de traitements initiés au titre d'une ATU mais pour une indication non mentionnée dans l'AMM est modifiée, sans que la cohérence avec la nouvelle dérogation prévue ci-dessus soit évidente. En effet, selon la nouvelle rédaction, lorsque le traitement aura été initié au titre

d'une ATU nominative ou au titre d'une ATU de cohorte dans une indication non reprise dans l'AMM, la prise en charge pourra être autorisée dès lors que l'indication n'a pas fait l'objet d'une évaluation défavorable ;

- la prise en charge sera possible dans les deux situations suivantes :

- l'indication thérapeutique a fait l'objet de l'ATU et est mentionnée soit dans l'AMM, soit dans une extension d'AMM en cours d'évaluation ;

- l'indication n'a pas fait l'objet de l'ATU, est mentionnée dans l'AMM et, soit il n'existe pas d'alternative thérapeutique prise en charge par l'assurance maladie identifiée par la Haute Autorité de santé, soit le patient est en échec de traitement ou présente une contre-indication aux alternatives thérapeutiques prises en charge identifiées ;

- dans cette seconde situation, la prise en charge des indications sera autorisée sur **avis conforme de la HAS** saisie par l'ANSM. La HAS mentionnera, pour chaque indication concernée, les alternatives thérapeutiques existantes.

Au final, les amendements présentés par le Gouvernement visent à **clarifier** la rédaction adoptée en première lecture tout **en distinguant les médicaments ayant reçu une ATU de cohorte de ceux ayant reçu une ATU nominative**. Cependant, cette distinction tend plutôt à complexifier le dispositif.

- **L'article 44** prévoit la dispense d'avance de frais, hors ticket modérateur, pour les consultations et examens biologiques préalables à la prescription de la contraception destinés aux mineures d'au moins quinze ans.

L'Assemblée nationale a adopté **deux amendements identiques** visant à garantir l'anonymat pour les mineures souhaitant recourir à un contraceptif, en prévoyant que la dispense d'avance de frais est prise en charge par l'assurance maladie *via* la carte professionnelle du praticien.

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté **un amendement de coordination** qui précise que le bénéfice du tiers payant s'applique également aux prescriptions d'examen de biologie par les sages-femmes en vue de la délivrance de contraceptif à des assurées mineures d'au moins quinze ans.

- **L'article 45** facilite l'accès à la CMU-c de certains étudiants et réforme en profondeur la protection sociale complémentaire, à la fois en ce qui concerne l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et les contrats responsables et solidaires.

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté **un amendement** pour rétablir le texte initial en ce qui concerne la date d'entrée en vigueur de ces dispositions et pour préciser par ailleurs que les contrats en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente loi restent éligibles au

bénéfice de l'ACS jusqu'à la date à laquelle ils prennent fin. Cette rédaction pose une difficulté car la date d'entrée en vigueur « *de la loi* » ne correspond pas à celle de la mesure prévue pour l'ACS à l'article 45 (jour de promulgation courant décembre 2013 *vs.* 1^{er} janvier 2015).

L'Assemblée nationale a également adopté **un amendement** prévoyant que les organismes de complémentaire santé informent les bénéficiaires de l'ACS de l'échéance du contrat, ainsi que de la possibilité ou non de renouveler ce contrat avec le bénéfice de l'ACS, au minimum deux mois avant son échéance.

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté **un amendement** qui vise à clarifier le mécanisme de plafonnement de la prise en charge par les contrats responsables de certains postes de dépenses à fort reste à charge pour les assurés (par exemple, optique et dentaire) et des dépassements d'honoraire des médecins afin de permettre notamment de fixer des plafonds distincts par catégories de prestations. Ce faisant, **la nouvelle rédaction supprime le plafonnement obligatoire des dépassements d'honoraires médicaux que l'Assemblée nationale avait introduit en première lecture** et ne permet de prévoir un niveau minimum de prise en charge que pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel, donc pas pour les honoraires des médecins ou des autres professionnels de santé.

Enfin, à l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté **un amendement** qui vise à **revaloriser de 50 euros le montant de l'ACS pour les personnes âgées de 60 ans et plus**, permettant ainsi de réduire leur taux d'effort pour l'acquisition d'une couverture complémentaire santé.

- **L'article 49** fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2014. Conformément aux amendements présentés au Sénat, le Gouvernement a proposé de modifier les tableaux d'équilibre pour 2013 et 2014 ; de ce fait, à l'article 49, les objectifs de dépenses ont été portés par l'Assemblée nationale de 194,1 à 194 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes et de 169,9 à 169,8 pour le régime général.

- **L'article 50** fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2014. Comme pour l'article 49, le Gouvernement a proposé d'actualiser l'Ondam, dont le sous-objectif soins de ville passe ainsi de 81,2 à 81,1 milliards et le total de 179,2 à 179,1.

B. SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

L'article 47 vise à reconduire en 2014 le plan d'aide à l'investissement pour un montant de 49 millions d'euros.

L'**article 47 bis**, inséré en première lecture à l'Assemblée nationale, a pour objet de supprimer l'expérimentation de la modulation du forfait soins en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

C. BRANCHE VIEILLESSE

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a maintenu son texte de première lecture pour :

- l'**article 51** relatif aux objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2014 ;

- l'**article 61** relatif à la participation du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au financement du minimum contributif ;

- l'**article 62** relatif aux prévisions de dépenses du FSV pour 2014.

D. BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

L'Assemblée nationale a adopté **sans modification** les articles relatifs à la branche accidents du travail et maladies professionnelles :

- l'**article 52** fixe pour 2014 les dotations de la branche au Fcaata et au Fiva ainsi que le montant du transfert à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration ;

- l'**article 53** a pour objet de rendre applicables aux marins les dispositions du livre IV du code de la sécurité sociale relatives à la faute inexcusable de l'employeur ;

- l'**article 53 bis**, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, tend à supprimer la condition d'une incapacité totale prévue pour les personnes relevant du régime des non-salariés agricoles afin de pouvoir bénéficier du versement de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne ;

- l'**article 54** fixe les objectifs de dépenses pour 2014 de la branche AT-MP.

E. BRANCHE FAMILLE

• En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a maintenu son texte de première lecture pour :

- l'**article 55** relatif à la majoration du complément familial ;

- l'**article 56** relatif à la modulation de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) ;

- l'**article 57** relatif aux conditions d'attribution du complément de libre choix d'activité (CLCA) pour les non-salariés ;

- l'**article 58** relatif à l'encadrement des tarifs pratiqués par les microcrèches ;

- l'**article 60** relatif aux objectifs de dépenses de la branche famille pour 2014.

• A l'initiative de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté **un amendement à l'article 59**.

Afin de contribuer à la maîtrise des dépenses de la branche famille comme de l'Etat, les articles 59 du présent projet de loi de financement et 64 du projet de loi de finances visent à maintenir en 2014, à leur niveau de 2013, les paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale (ALF), des aides personnalisées au logement (APL) et de l'allocation de logement à caractère social (ALS), lesquels sont normalement révisés chaque année au 1^{er} janvier et indexés sur l'évolution de l'indice de référence des loyers (IRL)¹.

Concernant l'ALF, l'amendement adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture propose de **maintenir cette revalorisation en 2014, mais en la reportant au 1^{er} octobre 2014**, afin de limiter son coût.

Des dispositions similaires concernant les APL et l'ALS ont été adoptées au projet de loi de finances à l'initiative du rapporteur spécial de la commission des finances de l'Assemblée nationale.

Par rapport à la mesure de gel, **cet amendement diminue d'environ un quart l'économie occasionnée pour la Caisse nationale des allocations familiales** (Cnaf), évaluée initialement à 46 millions d'euros au titre de l'ALF et à 37 millions d'euros au titre de la participation de la branche famille au financement des APL.

Conscient qu'un gel des allocations logement aurait durement affecté les revenus de leurs bénéficiaires, votre rapporteur général approuve la solution équilibrée adoptée par l'Assemblée nationale. Il attire toutefois l'attention sur le fait que le report de la revalorisation au 1^{er} octobre a désormais un caractère pérenne.

F. GESTION INTERNE DES RÉGIMES ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE

L'**article 63** transfère à la Cnam la mission de recouvrement des dettes et créances européennes et internationales jusqu'alors exercée par le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss).

¹ L'IRL est défini à l'article 17 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs. Il serait de 1,3 % en 2014.

L'**article 64** a pour objet de confier à la seule mutualité sociale agricole (MSA) la gestion des risques maladie et AT-MP des exploitants agricoles. L'Assemblée nationale a **étendu la période maximale de mise en œuvre** de cette mesure de six mois, **jusqu'au 30 juin 2015**.

L'**article 65** vise à supprimer la pénalité qu'une personne morale de droit public est susceptible d'imposer à des cocontractants ayant recours au travail dissimulé.

L'**article 66** a pour objet d'aligner les pouvoirs de la MSA sur ceux des autres caisses en cas de travail dissimulé ou de non-respect par les entrepreneurs de leurs obligations s'agissant d'un accident du travail.

A l'**article 67**, qui vise à empêcher la perception frauduleuse d'aides personnelles au logement *via* des sociétés écran, l'Assemblée nationale a adopté **un amendement** rétablissant une égalité de traitement entre les personnes organisées en SCI et soumises à l'impôt sur le revenu et celles qui sont soumises à l'impôt sur les sociétés. Cet amendement permet également de clarifier les dispositions relatives à la définition du seuil de détention d'une part de SCI ou d'une part de propriété à partir duquel s'appliquera l'interdiction de percevoir des aides personnelles. Ce seuil, défini par décret, ne pourra excéder 20 %, solution qui avait été retenue par votre commission en première lecture à l'initiative de votre rapporteur général.

L'**article 68** vise à harmoniser le dispositif de sanction de la fraude aux prestations sociales en le réorganisant autour des articles 313-2 et 441-6 du code pénal.

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

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

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

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

Article 1^{er}

Article 1^{er}

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2012, sont approuvés :

(Sans modification)

(Sans modification)

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

(en milliards d'euros)

	Re-cettes	Dé-penses	Solde
Maladie	178,8	184,7	-5,9
Vieillesse	203,4	209,5	-6,1
Famille	54,1	56,6	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1	13,7	-0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	436,3	451,4	-15,1

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

(en milliards d'euros)

	Re-cettes	Dé-penses	Solde
Maladie	154,9	160,8	-5,9
Vieillesse	105,4	110,2	-4,8
Famille	53,8	56,3	-2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,5	11,7	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	314,0	327,3	-13,3

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

(en milliards d'euros)

	Re-cettes	Dé-penses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	14,7	18,9	-4,1

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 170,1 milliards d'euros ;

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

6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, s'élevant à 0,4 milliard d'euros ;

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 11,9 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2012, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2012 figurant à l'article 1^{er}.

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

Article 3

À titre exceptionnel, il est prélevé, au 31 décembre 2013 au plus tard, au profit de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, une somme de 200 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2012, du fonds pour l'emploi hospitalier institué par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 2

(Sans modification)

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

Article 3

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 2

(Sans modification)

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

Article 3

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur les salaires.

Article 4

I. – A. – Il est institué une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale par les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

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

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

Le montant du forfait annuel est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Il est égal au résultat de la division d'un montant de 150 millions d'euros par le nombre d'assurés et

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 4

I. – A. – Il ...

... sociale due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du même code. Son...

.... salariés.

Alinéa sans modification

Elle ...

... lesquels l'organisme a pris ...

... code.

Le ...

Propositions de la Commission

Article 4

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

d'ayants droit remplissant les conditions définies au troisième alinéa du présent A, sans pouvoir excéder la limite de 5 €. Le résultat obtenu est arrondi au centime d'euro le plus proche.

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

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

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

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

Article 5

I. – L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires restitué aux régimes obligatoires d'assurance maladie, avant le 31 décembre 2013, une fraction des dotations qui lui ont été attribuées au titre des exercices 2010 à 2012, égale à 27 623 999,18 €. Ce montant est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui le répartit entre les régimes, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

5 €. ... excéder

... proche.

Alinéa sans modification

B. – Non modifié

II. – La ...

... Elle est recouvrée et contrôlée selon...
... taxe.

III. – Non modifié

Article 5

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 5

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

II. – L'article 73 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

1° Au I, le montant : « 370,27 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 343,47 millions d'euros » ;

2° Au II, le montant : « 124 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 139 millions d'euros » ;

3° Au III, le montant : « 22,2 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 32,2 millions d'euros ».

Article 6

I. – Au titre de l'année 2013, sont rectifiés :

1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	181,7	189,5	-7,8
Vieillesse	212,1	216,2	-4,1
Famille	55,2	58,0	-2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,9	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	449,4	463,7	-14,3

2° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale, ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 6

I. – Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	181,7	189,4	-7,7
Vieillesse	212,1	216,2	-4,1
Famille	55,2	58,0	-2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,9	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	449,4	463,6	-14,2

2° Alinéa sans modification

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde

Propositions de la Commission

Article 6

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Maladie	157,5	165,2	-7,7
Vieillesse	111,3	114,6	-3,3
Famille	54,8	57,6	-2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,8	11,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	323,5	337,0	-13,5

3° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,9	19,7	-2,7

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 12,6 milliards d'euros.

II. – Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites demeurent fixées conformément au II de l'article 35 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

III. – Les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse demeurent fixées conformément au III du même article 35.

Article 7

Au titre de l'année 2013, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Objectif national de dépenses
--	-------------------------------

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Maladie	157,5	165,1	-7,6
Vieillesse	111,3	114,6	-3,3
Famille	54,8	57,6	-2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,8	11,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	323,5	336,9	-13,3

3° Non modifié

4° Non modifié

II. – Non modifié

III. – Non modifié

Article 7

Alinéa sans modification

(en milliards d'euros)

	Objectif national de dépenses
--	-------------------------------

Propositions de la Commission

Article 7

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Dépenses de soins de ville	80,0
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,7
Autres prises en charge	1,3
Total	174,9

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

Section 1

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

Article 8

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

A. – L'article L. 136-7 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– la seconde occurrence des mots : « du code général des impôts » est supprimée ;

– après la référence : « III bis de l'article 125 A », est insérée la référence : « et au I de l'article 125 D » ;

– les mots : « au I du même article 125 A et ceux mentionnés au I de l'article 125-0 A » sont remplacés par les références : « au I des articles 125 A

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dépenses de soins de ville	79,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,7
Autres prises en charge	1,3
Total	174,8

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

Section 1

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

Article 8

I. – Alinéa sans modification

A. – Alinéa sans modification

1° Non modifié

Propositions de la Commission

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

Section 1

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

Article 8

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

et 125-0 A » ;

b) À la première phrase du 1°, après le mot : « impôts », sont insérés les mots : « les revenus distribués sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 117 quater du même code, ainsi que » ;

1° bis Après la première occurrence du mot : « montant », la fin du premier alinéa du 1 du III bis est ainsi rédigée : « de l'assiette déterminée en application du b du même 3° est négatif, un excédent est reversé au contrat, correspondant à la contribution calculée sur la base de ce montant, sans pouvoir excéder le montant de la contribution déjà acquittée dans les conditions prévues au a dudit 3°. » ;

2° Le second alinéa du 1 du IV est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Son paiement intervient le 15 octobre au plus tard pour 97 % de son montant. » ;

b) À la dernière phrase, les mots : « ces dates » sont remplacés par les mots : « cette date » ;

B. – Le premier alinéa de l'article L. 245-15 est ainsi modifié :

1° Les mots : « assujettis à la contribution prévue aux I et II de » sont remplacés par les mots : « mentionnés à » ;

2° Sont ajoutés les mots : « dont l'assiette est celle définie à ce même article » ;

C. – Le chapitre VIII bis du titre III du livre I^{er} est ainsi modifié :

1° bis Non modifié

2° Alinéa sans modification

a) Les deux premières phrases sont ainsi rédigées :

« Ce versement est égal à 90 % du produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé par l'article L. 136-8. Son paiement intervient le 15 octobre au plus tard. » ;

b) Non modifié

B. – Supprimé

C. – Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° L'intitulé est complété par les mots : « et par l'administration fiscale » ;

2° Il est rétabli un article L. 138-21 ainsi rédigé :

« Art. L. 138-21. – Les contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L. 245-15 du présent code, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 du présent code, au 2° du I de l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale pour son renvoi à l'article L. 136-7 du présent code sont précomptés, déclarés et versés globalement par les établissements payeurs. »

II. – Le 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« L'assiette de ces contributions additionnelles est celle définie à ces mêmes articles. » ;

2° À la deuxième phrase, le mot : « assises, » est supprimé.

III. – Le second alinéa du II de l'article 1600-0 S du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Le mot : « assis, » est supprimé ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

1° Non modifié

2° Alinéa sans modification

« Art. L. 138-21. – ...

... sont déclarés et versés simultanément par les établissements payeurs. »

« Les acomptes dus en application du IV du même article L. 136-7 en ce qu'il s'applique aux contributions et prélèvements mentionnés au premier alinéa du précédent article autres que la contribution définie audit article L. 136-7 sont déterminés sur la base de l'assiette de cette contribution et font l'objet d'un versement global. »

II. – Supprimé

III. – Supprimé

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« L'assiette de ce prélèvement est celle définie à ce même article. »

III bis. – À la fin du second alinéa du I du II de l'article 1678 *quater* du même code, la date : « 25 novembre » est remplacée par la date : « 15 octobre »

IV. – L'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « placement », la fin du I est ainsi rédigée : « mentionnés à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, dont l'assiette est celle définie à ce même article. » ;

2° Le II est ainsi rédigé :

« II. – Les III à VI dudit article sont applicables à la contribution mentionnée au I du présent article. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

III bis. – Non modifié

IV. – Alinéa sans modification

1° Supprimé

2° À la fin du II, les références : « aux 3° à 9° du même II » sont remplacées par les mots : « au a du 3° et aux 4° à 9° du même II, et à compter du 1^{er} janvier 1997 pour les placements visés au b du 3° dudit II » ;

3° (*nouveau*) II est ajouté un III ainsi rédigé :

« III. – Les III à VI du même article L. 136-7 sont applicables à la contribution mentionnée au I du présent article. »

V. – Pour les produits définis au b du 3° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale :

1° (*nouveau*) L'assiette des contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, au 2° du I de l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale pour

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

V. – Les taux mentionnés au 2° du I de l'article L. 136-8 et au I de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale s'appliquent à la totalité de l'assiette définie au II de l'article L. 136-7 du même code.

VI. – A. – Les A et C du I du présent article et le 2° du IV du présent article, en tant qu'il rend le IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale applicable à la contribution mentionnée au I de l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

B. – Sous réserve du A du présent VI en tant qu'il concerne le 2° du IV du présent article, le B du I et les II à V s'appliquent aux faits générateurs intervenant à compter du 26 septembre 2013, nonobstant les articles 5 et 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997), l'article 19 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, l'article 72 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'article 28 de la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion, l'article 6 de la loi n° 2010-1657 du 9 décembre 2010 de finances pour 2011, l'article 10 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011, l'article 2 de la loi n° 2012-354 du 14 mars 2012 de finances rectificative pour 2012 et l'article 3 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

C. – Pour l'application du B, pour les faits générateurs intervenus entre le 26 septembre 2013 et le 30 avril 2014 inclus, les établissements payeurs procèdent à titre provisoire à la liquidation, au précompte et à la déclaration des

son renvoi à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, est celle définie au II du même article L. 136-7 ;

2° Les ...

... code.

VI. – A. – Les 1° et 2° du A et le C du I, le III bis et le 3° du IV ...

... 2014.

B. – Sous réserve du A du présent VI en tant qu'il concerne le 3° du IV du présent article, le 1° bis du A du I, le 2° du IV et le V s'appliquent ...

... 2013.

C. – Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

contributions et prélèvements sociaux dus, selon les règles et sous les conditions applicables avant l'entrée en vigueur du présent article.

La différence entre le montant total dû en application du présent article et le montant liquidé et précompté à titre provisoire dans les conditions prévues au premier alinéa du présent C donne lieu à une régularisation en 2015. Cette régularisation est opérée selon les règles prévues au III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et sur le même article de rôle que l'impôt sur le revenu dû au titre de 2014.

Pour l'application du présent article, les établissements payeurs informent, avant le 31 mai 2014, les personnes physiques assujetties, par écrit ou par voie dématérialisée, du caractère provisoire de la liquidation des contributions et prélèvements sociaux et des modalités de régularisation définies au deuxième alinéa du présent C. Ils indiquent sur la déclaration prévue à l'article 242 *ter* du code général des impôts déposée en 2015, pour les faits générateurs intervenus, d'une part, entre le 26 septembre 2013 et le 31 décembre 2013 inclus et, d'autre part, entre le 1^{er} janvier 2014 et le 30 avril 2014 inclus, les montants de l'assiette de la contribution sociale définie au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale et le montant total des contributions et prélèvements déjà précomptés à titre provisoire. Pour les produits définis au b du 3^o du même II, la déclaration précitée fait apparaître l'assiette déterminée selon les modalités prévues au même b, le montant des contributions et prélèvements déjà précomptés en application du a du même II et le montant des contributions et prélèvements déjà précomptés, ou le cas échéant restitués, à titre provisoire.

VII. – A. – Sont applicables à Mayotte, à compter de l'imposition des revenus perçus au cours de l'année 2013, la contribution prévue à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et les autres contributions et

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Alinéa sans modification

Pour l'application des deux premiers alinéas du présent C, les établissements ...

... inclus, l'assiette déterminée ...

... prévues au b du 3^o du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, le montant des contributions et prélèvements déjà précomptés en application du a du même 3^o et le montant des contributions et prélèvements déjà précomptés, ou le cas échéant restitués, à titre provisoire.

VII. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

prélèvements assis, contrôlés et recouverts selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions.

B. – Sont applicables à Mayotte, à compter du 1^{er} janvier 2014, la contribution prévue à l'article L. 136-7 du même code et les autres contributions et prélèvements assis, contrôlés et recouverts selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions.

C. – Le 3^o du I de l'article 28-3 de l'ordonnance n^o 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est abrogé pour les revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2014.

Article 9

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

A. – L'article L. 731-14 est ainsi modifié :

1^o Après le 3^o, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« 4^o Pour leur montant excédant 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant qu'ils détiennent en pleine propriété ou en usufruit :

« a) Les revenus de capitaux mobiliers définis aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou ses enfants mineurs non émancipés ainsi que les revenus mentionnés au 4^o de l'article 124 du même code perçus par ces mêmes personnes ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 9

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 9

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« b) En cas d'exploitation sous la forme d'une société passible de l'impôt sur le revenu, la part des revenus mentionnés aux 1° et 2° du présent article perçus par le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par les enfants mineurs non émancipés du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, lorsqu'ils sont associés de la société.

« Un décret en Conseil d'État précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social, au sens du 4° du présent article, ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant. » ;

2° Au dernier alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

A bis. – À la première phrase du deuxième alinéa et à la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 731-15, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

A ter. – L'article L. 731-17 est abrogé.

I bis. – Le A du I s'applique aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2014, sous réserve des dispositions transitoires suivantes :

1° Les revenus mentionnés au 4° de l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime sont pris en compte pour 75 % de leur montant pour le calcul de l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2014 ;

2° Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du premier alinéa de l'article L. 731-15 du même code, l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2014 est constituée par la moyenne des revenus professionnels mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 731-14 dudit code, à laquelle sont ajoutés 75 % des

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

revenus mentionnés au 4° du même article perçus en 2013 ;

3° Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du premier alinéa de l'article L. 731-15 du même code, l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2015 est constituée par la moyenne des revenus professionnels mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 731-14 dudit code, à laquelle est ajoutée la moyenne des revenus mentionnés au 4° du même article perçus en 2013 et 2014 ;

C. – (Supprimé)

II. – Le I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la référence : « de l'article L. 136-3 » est remplacée par les références : « des articles L. 136-3 et L. 136-4 du présent code » ;

2° À la première phrase du 1°, la référence : « de l'article L. 136-3 » est remplacée par les références : « des articles L. 136-3 et L. 136-4 ».

III. – Il est prélevé, au 1^{er} janvier 2014, au profit du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire prévu à l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime, une somme de 160 millions d'euros sur les réserves mentionnées au 3 du III de l'article 37 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur les salaires.

IV. – La Caisse nationale d'allocations familiales et les branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime versent, en début d'exercice, au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire institué par l'article L. 732-56 du même code une

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 dudit code et à l'article 575 du code général des impôts dont ils sont tributaires, égale à la prévision annuelle du surplus de recettes résultant du présent article, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font l'objet d'une régularisation lors du versement de l'année suivante.

Article 10

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

1° Au 8° de l'article L. 613-1, la référence : « VII de l'article 151 septies » est remplacée par la référence : « 2 du IV de l'article 155 » ;

2° L'article L. 633-10 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « , dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret » sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Ces cotisations sont assises pour partie sur le revenu d'activité dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 et pour partie sur la totalité du revenu d'activité. Les taux des cotisations sont fixés par décret. La somme de ces taux est égale à la somme des taux fixés en application des deuxième et avant-dernier alinéas du même article L. 241-3. » ;

c) Les troisième et dernier alinéas sont supprimés.

II. – Le I s'applique aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2014.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 10

I. – Non modifié

II. – Le I ...

... 2014. Par déroga-

Propositions de la Commission

Article 10

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Article 11

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

1° L'article L. 161-45 est ainsi modifié :

a) Le 4° de l'article L. 161-45 est ainsi rédigé :

« 4° Des produits divers, des dons et legs ; »

b) Les 4° bis, 5° et 6° sont abrogés ;

2° Le IV bis de l'article L. 165-11 est abrogé ;

3° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

a) Il est rétabli un 6° ainsi rédigé :

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

b) Au 7°, les mots : « 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 R et 1635 bis AE du code général des impôts et les droits perçus au titre » sont remplacés par les mots : « 1600-0 O et 1600-0 R du code général des impôts et les droits perçus au titre des articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du même code et » ;

4° Aux articles L. 245-1 et L. 245-5-1, les mots : « et de la Haute Autorité de santé » sont supprimés.

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

tion, la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 633-10 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du I du présent article, ne s'applique pas aux cotisations dues au titre des années 2014 et 2015.

Article 11

(Sans modification)

Article 11

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° Les articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 sont abrogés ;

2° À l'article L. 5522-1, les mots : « , à l'exception de l'article L. 5211-5-1, » sont supprimés.

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

1° La section V quinquies du chapitre III du titre III de la deuxième partie du livre I^{er} du code général des impôts est complétée par des articles 1635 bis AF à 1635 bis AH ainsi rédigés :

« Art. 1635 bis AF. – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un médicament mentionné à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des médicaments pris en charge et utilisés par les collectivités publiques, dans les conditions mentionnées aux articles L. 5123-2 à L. 5123-5 du code de la santé publique.

« II. – Le montant de ce droit est fixé, dans la limite de 5 600 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. Le montant du droit perçu à l'occasion d'une demande de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription est fixé, dans les mêmes conditions, dans les limites respectives de 60 % et de 20 % du droit perçu pour une demande d'inscription.

« III. – Le versement du droit est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. Ce droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

matière de droits d'enregistrement.

« Art. 1635 bis AG. – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un produit de santé sur la liste prévue au I de l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale.

« II. – Le montant de ce droit est fixé, dans la limite de 5 600 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

« III. – Le versement du droit est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. Ce droit est recouvré selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.

« Art. 1635 bis AH. – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription d'un dispositif médical à usage individuel sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

« II. – Le montant de ce droit est fixé, dans la limite de 5 600 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

« III. – Le versement du droit est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. Ce droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. » ;

2° Au III bis de l'article 1647, les mots : « 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés à l'article 1635 bis AE » sont remplacés par les mots : « 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés aux articles 1635 bis AE, 1635 bis AF,

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1635 bis AG et 1635 bis AH ».

IV. – L'intitulé du 8° du VII de la section 2 du chapitre III du titre II de la première partie du livre des procédures fiscales est complété par les mots : « et Haute Autorité de santé ».

V. – L'article L. 166 D du livre des procédures fiscales est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'administration chargée du recouvrement des droits prévus aux articles 1635 bis AF à 1635 bis AH du code général des impôts et la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale se transmettent, spontanément ou sur demande, les informations relatives aux droits prévus aux mêmes articles 1635 bis AF à 1635 bis AH.

« Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal. »

Article 12

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

1° L'article 238 bis GC est ainsi rédigé :

« Art. 238 bis GC. – Les contributions dues par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés conformément au IX de l'article L. 245-6 du code de la sécurité

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 12

I. – Alinéa sans modification

1° Non modifié

Propositions de la Commission

Article 12

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

sociale. » ;

2° L'article 1600-0 N est abrogé.
La taxe mentionnée à cet article demeure cependant exigible pour toutes les ventes de médicaments et de produits de santé réalisées jusqu'au 31 décembre 2013 ;

3° L'article 1600-0 Q est ainsi modifié :

a) Aux premier et second alinéas du I et au II, la référence : « 1600-0 N, » est supprimée ;

b) Au second alinéa du III, les mots : « de manière séparée » et les mots : « afférente aux ventes de médicaments et produits de santé mentionnés au II de l'article 1600-0 N et celle » sont supprimés ;

c) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – Lorsque le montant des taxes mentionnées aux articles 1600-0 O et 1600-0 P est inférieur ou égal à 300 €, les redevables sont dispensés du paiement de la taxe ainsi que du dépôt de la déclaration mentionnée au I. » ;

4° (Supprimé)

II. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 166 D du livre des procédures fiscales, les mots : « des taxes prévues aux articles 1600-0 N et » sont remplacés par les mots : « de la taxe prévue à l'article ».

III. – L'article L. 5121-18 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « de la contribution prévue au I de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale et de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts » et, après les mots : « ces

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

2° L'article 1600-0 N est abrogé.

3° Non modifié

4° (Suppression maintenue)

II. – Non modifié

III. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

taxes », sont insérés les mots : « ou contributions » ;

2° – Le second alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les ventes des médicaments exclus de l'assiette de la contribution prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale en application du III du même article doivent également faire l'objet de la déclaration prévue au premier alinéa du présent article par la personne qui assure en France l'exploitation, au sens de l'article L. 5124-1 du présent code, de ces médicaments.

« Toute personne qui assure en France l'exploitation, au sens du même article L. 5124-1, et la vente en France d'un médicament ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au 1° du I de l'article L. 5121-12 est également tenue d'adresser à l'agence et au comité la déclaration des ventes réalisées pour ce médicament prévue au premier alinéa du présent article. »

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

1° (Supprimé)

2° Au 2° du II de l'article L. 245-2, après la référence : « L. 162-16 du présent code », sont insérés les mots : « ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique » ;

3° À la fin de l'intitulé de la section 2 bis du chapitre V du titre IV du livre II, les mots : « prises en charge par l'assurance maladie » sont supprimés ;

4° L'article L. 245-6 est ainsi

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

IV. – Alinéa sans modification

1° (Suppression maintenue)

2° Non modifié

3° Non modifié

4° Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

rédigé :

« Art. L. 245-6. – I. – II est institué une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.

« II. – La contribution prévue au I du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant :

« 1° D'un enregistrement, au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ;

« 2° D'une autorisation de mise sur le marché, au sens de l'article L. 5121-8 du même code, délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 dudit code ;

« 3° D'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne, au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;

« 4° D'une autorisation d'importation parallèle, en application de l'article L. 5124-13 du même code.

« III. – Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article :

« 1° Les spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de

« Art. L. 245-6. – I. – Non modifié

« II. – Non modifié

« III. – Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique ;

« 2° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros.

« IV. – Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution prévue au I du présent article s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national pour une liste de produits fixée par arrêté et dans des conditions définies par une convention tripartite passée entre l'État, un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les entreprises fabriquant ou exploitant des médicaments et un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les grossistes-répartiteurs.

« V. – Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

« 2° Non modifié

« 3° (*nouveau*) Les médicaments dérivés du sang respectant les principes mentionnés aux articles L. 1221-3 à L. 1221-6 du code de la santé publique ou relevant du second alinéa de l'article L. 5121-11 du même code. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé fixe la liste des spécialités ou des lots de production exclus de l'assiette.

« IV. – Non modifié

« V. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

à 0,17 %.

« VI. – Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I est instituée pour les seules entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

« VII. – La contribution additionnelle prévue au VI du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux II, III et IV du présent article et inscrites sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« VIII. – Le taux de la contribution additionnelle prévue au VI du présent article est de 1,6 %.

« IX. – Les contributions prévues aux I et VI sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

« X. – Les contributions prévues aux I et VI sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1^{er} juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1^{er} mars de l'année suivant celle au titre de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

« VI. – Une ...

... pour
les entreprises ...

... code, ou d'une ou plusieurs
spécialités ...

... collectivités.

« VII. – Non modifié

« VIII. – Non modifié

« IX. – Non modifié

« X. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

laquelle les contributions sont dues.

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

V. – Le 4° du IV du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

« XI. – **Supprimé**

V. – Non modifié

VI (*nouveau*). – À titre transitoire, la taxe mentionnée à l'article 1600-0 N du code général des impôts demeure exigible pour toutes les ventes de médicaments et de produits de santé réalisées jusqu'au 31 décembre 2013.

VII (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du 3° du II de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 4° du IV du présent article, est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 12 bis

L'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;

b) À la seconde phrase, le mot : « seconde » est remplacé par le mot « deuxième » ;

c) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées :

« Une troisième part est constituée, pour les spécialités autres que celles mentionnées aux deux dernières phrases du premier alinéa de l'article L. 138-9, de la fraction du chiffre d'affaires hors taxes réalisée par l'entreprise au cours de l'année civile

Article 12 bis

(*Sans modification*)

Article 12 bis

(*Sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

correspondant au montant de la marge rétrocédé aux pharmacies mentionnées au premier alinéa de l'article L. 138-1. Ce montant est égal à la différence entre la marge maximum mentionnée au deuxième alinéa du même article et la marge effectivement appliquée par l'entreprise. » ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Le montant de la contribution est calculé en appliquant :

« a) Un taux de 1,75 % à la première part ;

« b) Un taux de 2,25 % à la deuxième part, y compris lorsqu'elle est négative ;

« c) Un taux de 20 % à la troisième part.

« Le montant cumulé résultant des opérations effectuées sur les deux premières part de l'assiette de la contribution, conformément aux a et b, ne peut ni excéder 2,55 %, ni être inférieur à 1,25 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile. » ;

3° Après la dernière occurrence du mot : « première », la fin de la première phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « et de la troisième parts. »

Article 12 ter

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

1° L'article L. 912-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 912-1. – I. – Les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés à l'article L. 911-1 peuvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, prévoir l'institution de garanties collectives présentant un degré

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 12 ter

I. – Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

« Art. L. 912 1. – I. – Les ...

Propositions de la Commission

Article 12 ter

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations autres que celles versées en contrepartie d'une cotisation, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge gratuite de la cotisation pour certains salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.

« Dans ce cas, les accords peuvent organiser la couverture des risques concernés en recommandant un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ou une ou plusieurs institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances, sous réserve du respect des conditions définies au II du présent article.

« II. – La recommandation mentionnée au I doit être précédée d'une procédure de mise en concurrence des organismes ou institutions concernés, dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats et selon des modalités prévues par décret.

« Le ou les organismes ou institutions ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord. Ils sont tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés.

« III. – Les accords mentionnés au I comportent une clause fixant dans quelles conditions et selon quelle périodicité, qui ne peut excéder cinq ans, les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées. La procédure prévue au premier alinéa

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

... prestations à caractère non directement contributif, pouvant ...

... charge partielle ou totale de ...
... certains salariés ou anciens salariés, d'une ...
... sociale.

Alinéa sans modification

Le ou les organismes ou institutions adressent annuellement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport sur la mise en oeuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre, dont le contenu est précisé par décret. ».

« II. – Non modifié

« III. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

du II est applicable à ce réexamen.

« IV. – Les accords mentionnés au I peuvent prévoir que certaines des prestations nécessitant la prise en compte d'éléments relatifs à la situation des salariés ou sans lien direct avec le contrat de travail les liant à leur employeur sont financées et gérées de façon mutualisée, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, pour l'ensemble des entreprises entrant dans leur champ d'application. » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 137-15 est complété par les mots : « , sous réserve de l'application du 2° de l'article L. 137-16 » ;

3° Après le deuxième alinéa de l'article L. 137-16, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation, respectivement, au deuxième alinéa du présent article et au dernier alinéa de l'article L. 137-15, lorsque l'entreprise est couverte par un accord professionnel ou interprofessionnel comportant une clause de recommandation, dans les conditions prévues à l'article L. 912-1, mais choisit de souscrire un contrat auprès d'un autre assureur que le ou les organismes assureurs recommandés, les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance sont assujetties au forfait social :

« 1° Au taux mentionné au premier alinéa du présent article, pour les entreprises d'au moins dix salariés ;

« 2° Au taux mentionné au deuxième alinéa, pour les entreprises de moins de dix salariés. »

II. – Le 1° du I entre en vigueur au 1^{er} janvier 2014. Les 2° et 3° du I entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2015, pour les sommes et les contributions versées à compter de cette même date.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

« IV. – Non modifié

2° Non modifié

3° Non modifié

II. – Le 1° du I s'applique aux accords conclus à compter du 1^{er} janvier 2014. Les ...

... date.

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 13

Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2014 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux K est fixé à 0,4 %.

Article 14

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

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « 2018 de la branche mentionnée au 3° » sont remplacés par les mots : « 2017 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° » et, après les mots : « même code », sont insérés les mots : « , déduction faite de la part des déficits de l'exercice 2011 couverte en application du II *quater* du présent article » ;

2° Les deux dernières phrases du premier alinéa sont remplacées par une phrase ainsi rédigée :

« Les versements, dont les dates et montants sont fixés par décret et qui peuvent faire l'objet d'acomptes provisionnels, interviennent au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012. » ;

3° Le second alinéa est ainsi rédigé :

« Dans le cas où le montant des déficits mentionnés au premier alinéa du présent II *quinquies* excède les plafonds qui y sont cités, les transferts sont affectés, par priorité, à la couverture des déficits de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 dudit code, puis de ceux du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, puis des déficits les plus anciens de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 dudit code et, enfin, des déficits de la branche mentionnée au 4° du même

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 13

(Sans modification)

Article 14

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 13

(Sans modification)

Article 14

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

article. »

Article 15

I. – Après la référence : « L. 651-2-1 », la fin du 4° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « , les produits financiers mentionnés à ce même alinéa, ainsi que le reliquat du produit au titre des exercices antérieurs à 2011, dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ; ».

II. – Au premier alinéa du I de l'article L. 137-13 et au premier alinéa de l'article L. 137-14 du même code, les mots : « des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires » sont remplacés par les mots : « de la Caisse nationale des allocations familiales ».

III. – (Supprimé)

III bis. – Au premier alinéa de l'article L. 137-14 du même code, les mots : « définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A » sont remplacés par les mots : « mentionnés au I des articles 80 bis et 80 quaterdecies ».

IV. – À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 137-18 du même code, les mots : « aux régimes obligatoires d'assurance maladie dont ils relèvent » sont remplacés par les mots : « à la Caisse nationale des allocations familiales ».

V. – Au premier alinéa de l'article L. 137-19 du même code, les mots : « de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « des allocations familiales ».

VI. – Le deuxième alinéa de l'article L. 137-24 du même code est ainsi rédigé :

« Le surplus du produit de ces prélèvements est affecté à la Caisse

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 15

I. – Non modifié

II. – Non modifié

III. – (Suppression maintenue)

III bis. – Non modifié

IV. – Non modifié

V. – Non modifié

VI. – Non modifié

Propositions de la Commission

Article 15

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

nationale des allocations familiales. »

VII. – Au premier alinéa de l'article L. 139-1 du même code, les références : « et des articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 » sont supprimées.

VII. – Non modifié

VIII. – Au 9° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, la référence : « 1010, » est supprimée.

VIII. – Non modifié

IX. – L'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

IX. – Alinéa sans modification

1° Le 1° est ainsi modifié :

1° Non modifié

a) À la fin du deuxième alinéa, le taux : « 56,8 % » est remplacé par le taux : « 53,5 % » ;

b) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,1 % » est remplacé par le taux : « 27,5 % » ;

c) À la fin du dernier alinéa, le taux : « 16,1 % » est remplacé par le taux : « 19 % » ;

2° Le 7° est ainsi modifié :

2° Non modifié

a) À la fin du a, le taux : « 68,14 % » est remplacé par le taux : « 60 % » ;

b) (*nouveau*) À la fin du b, le taux : « 7,27 % » est remplacé par le taux : « 8,97 % » ;

c) À la fin du c, le taux : « 9,46 % » est remplacé par le taux : « 17,6 % » ;

d) Au début du e, les mots : « Aux branches mentionnées aux 1° et » sont remplacés par les mots : « À la branche mentionnée au » et le taux : « 9,18 % » est remplacé par le taux : « 7,48 % » ;

3° Il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

3° Non modifié

« 2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ; »

4° Il est rétabli un 4° ainsi rédigé :

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

5° Il est rétabli un 5° ainsi rédigé :

« 5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-13, L. 137-14, L. 137-18, L. 137-19 et L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ; ».

X. – Le tableau du dernier alinéa de l'article L. 137-16 du même code est ainsi rédigé :

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

X bis. – Le 4° de l'article L. 241-2 du même code est abrogé.

XI. – L'article L. 245-16 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa du II est supprimé ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

4° Alinéa sans modification

« 4° Le ...

... affecté, à parts égales ...

... salariés ; »

5° Alinéa sans modification

« 5° Le ...

... aux articles L. 137-14,
... et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 ...

... L. 200-2 ; ».

X. – Non modifié

X bis. – Non modifié

XI. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° À l'avant-dernier alinéa, le taux : « 2,75 % » est remplacé par le taux : « 1,15 % » ;

3° Le dernier alinéa est supprimé ;

4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

XII. – L'article L. 136-8 du même code est ainsi modifié :

1° Le IV est ainsi modifié :

a) Après les mots : « à un taux », la fin du 1° est ainsi rédigée : « de 0,87 % ; »

b) Après les mots : « à un taux », la fin du 2° est ainsi rédigée : « de 0,85 % ; »

c) Le 4° est ainsi modifié :

– au a, les mots : « Sous réserve des dispositions du g, » sont supprimés et le taux : « 5,25 % » est remplacé par le taux : « 5,20 % » ;

– au b, le taux : « 4,85 % » est remplacé par le taux : « 4,80 % » ;

– au c, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 5,90 % » ;

– au d, le taux : « 3,95 % » est remplacé par le taux : « 3,90 % » ;

– au e, le taux : « 4,35 % » est remplacé par le taux : « 4,30 % » ;

– le g est abrogé ;

2° Il est ajouté un VI ainsi rédigé :

« VI. – 1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir le

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

XII. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article.

« 2. Il en est de même pour les produits recouverts simultanément aux contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7. »

XIII. – Le III de l'article 17 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « l'année 2013 » sont remplacés par les mots : « les années 2013 et 2014 » ;

1° bis Le début du 1° est ainsi rédigé : « 1° Pour l'année 2013, le... (le reste sans changement). » ;

2° Le 2° est ainsi modifié :

a) Après le mot : « sociale, », sont insérés les mots : « pour l'année 2013, » ;

b) Sont ajoutés les mots : « ; pour l'année 2014, le taux : "0,85 %" est remplacé par le taux : "0,892 %" et, à la fin du 3° du même IV, le taux : "0,1 %" est remplacé par le taux : "0,058 %" » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 3° Pour l'année 2014, le produit de la contribution instituée au I du présent article est affecté pour une part de 80,38 % à la section mentionnée au II de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, pour une part de 4,24 % à la section mentionnée au IV du même article et pour une part de 15,39 % à la section mentionnée au V bis dudit article. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

XIII. – Alinéa sans modification

1° Non modifié

1° bis Non modifié

2° Non modifié

3° Alinéa sans modification

« 3° Pour ...

... article. Cette dernière part permet, dans la limite de trente millions d'euros, le financement d'actions d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1° et 2° de l'article L. 313-1-2 du même code dans des conditions fixées par arrêté interministériel »

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>XIV. – L'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>XIV. – Non modifié</p>	
<p>1° Les 4° et 5° sont abrogés ;</p>		
<p>2° et 3° (Supprimés)</p>		
<p>XV. – Après la première phrase du dernier alinéa du VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, est insérée une phrase ainsi rédigée :</p>	<p>XV. – Après ...</p>	
<p>« Il est réparti entre les différents attributaires des contributions et prélèvements mentionnés dans le tableau au prorata de leur part respective dans ces prélèvements en 2011. Pour les exercices ultérieurs, il peut être imputé sur l'ensemble des contributions et prélèvements mentionnés dont ces organismes sont affectataires. »</p>	<p>... 2011, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :</p>	
	<p>« Il ...</p>	
	<p>... tableau de l'avant-dernier alinéa au prorata ...</p>	
	<p>... mentionnés au même tableau dont ...</p>	
	<p>... affectataires. »</p>	
<p>XVI. – Le présent article s'applique aux produits assis sur les opérations dont le fait générateur intervient à compter du 1^{er} janvier 2014, à l'exception des dispositions relatives aux contributions sur les revenus du patrimoine qui s'appliquent aux revenus perçus en 2013 et assujettis en 2014.</p>	<p>XVI. – Alinéa sans modification</p>	
<p><u>Pour 2015 et les années suivantes</u>, le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 avril 2014, un rapport sur les réformes envisageables du financement de la protection sociale au regard des objectifs de pérennité de notre système de protection sociale, de performance économique, sociale et environnementale du système productif français et de justice et de progressivité des prélèvements sociaux comme fiscaux.</p>	<p>Le Gouvernement remet ...</p>	
	<p>... pérennité du système ...</p>	
	<p>... sociaux et fiscaux.</p>	
	<p>XVII (<i>nouveau</i>). – Avant le 1^{er} septembre 2014, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à l'utilisation des fonds de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, en précisant tout particulièrement l'affectation des 100 millions d'euros de la contribution de solidarité pour l'autonomie conservés, en 2014, au sein</p>	

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 15 bis

Après l'article 520 A du code général des impôts, il est inséré un article 520 B ainsi rédigé :

« Art. 520 B. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres ou un seuil minimal de 300 milligrammes de taurine pour 1 000 millilitres, destinées à la consommation humaine :

« 1° Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2° Contenant des sucres ajoutés ;

« 3° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 100 € par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année à compter du 1^{er} janvier 2014, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au Journal Officiel.

« III. – 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Article 15 bis

Après l'article 1613 bis du code général des impôts, il est inséré un article 1613 bis A ainsi rédigé :

« Art. 1613 bis A. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons dites énergisantes contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres, destinées à la consommation humaine :

« 1° Non modifié

« 2° **Supprimé**

« 3° Non modifié

« II. – Non modifié

« III. – Non modifié

Propositions de la Commission

Article 15 bis

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV. – Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au 1 du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou à une exportation vers un pays tiers acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier des dispositions du deuxième alinéa du présent IV, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et dans tous les cas au service des douanes dont ils dépendent, une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnée au même alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

« IV. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

comptabilité des intéressés.

« V. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais.

« VI. – Le produit de la contribution mentionnée au I est affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »

Article 15 ter

I. – L'article 1001 du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Après le 2° bis, il est inséré un 2° ter ainsi rédigé :

« 2° ter À 14 % pour les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative et les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire qui ne satisfont pas à l'ensemble des conditions prévues au 2° bis respectivement pour ces deux types de contrat ; »

2° Le dernier alinéa est complété par les mots : « et à l'exception d'une fraction du produit de la taxe afférente aux contrats mentionnés au 2° ter qui est affectée, pour la part correspondant à un taux de 5 %, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ».

II. – L'article L. 3332-2-1 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

« V. – Non modifié

« VI. – Non modifié

Article 15 ter

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 15 ter

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« I. – Les départements perçoivent une part du produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance mentionnée aux articles 991 à 1004 du code général des impôts, selon les modalités définies au dernier alinéa de l'article 1001 du même code. » ;

2° Le IV est abrogé.

III. – Le présent article s'applique aux primes ou cotisations échues à compter du 1^{er} janvier 2014.

Article 16

I. – Les quatre premiers alinéas de l'article L. 6243-3 du code du travail sont ainsi rédigés :

« L'État prend en charge les cotisations et contributions sociales des apprentis qui font l'objet d'exonérations, dans les conditions suivantes :

« 1° Sur une base forfaitaire globale, pour les cotisations dues au titre des articles L. 3253-14, L. 5423-3 et L. 5424-15 ;

« 2° Sur la base d'un taux forfaitaire déterminé par décret, pour le versement pour les transports prévu aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;

« 3° Sur une base forfaitaire suivant des modalités déterminées par décret, pour les autres cotisations et contributions. »

II. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à la part des cotisations d'assurance vieillesse dont l'assiette est comprise entre la base mentionnée au 3° de l'article L. 6243-3 du code du travail et la rémunération de l'apprenti au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

III. – Le code du service national

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 16

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 16

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas de l'article L. 120-26 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque le service est accompli en France, l'assiette des cotisations au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles et des allocations familiales, ainsi que des contributions définies aux articles L. 136-2 du code de la sécurité sociale et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, est constituée des indemnités prévues à la section 4 du présent chapitre.

« Les taux de ces cotisations et contributions sont fixés selon les modalités prévues aux articles L. 136-8, L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée. Pour la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, un taux forfaitaire est fixé par arrêté.

« Leur versement, y compris celui des cotisations et contributions à la charge de la personne volontaire, est assuré par la personne morale agréée en application de l'article L. 120-30 du présent code ou par l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique.

« Les cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle autres que celles mentionnées au premier alinéa du présent article ne sont pas dues. » ;

2° Les deux derniers alinéas de l'article L. 120-28 sont supprimés.

IV. – A. – Les embauches réalisées en contrat à durée déterminée en application de l'article L. 5132-15-1 du code du travail et ouvrant droit au versement de l'aide mentionnée à l'article L. 5132-2 du même code donnent lieu, sur la part de la

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

rémunération inférieure ou égale au salaire minimum de croissance, pendant la durée d'attribution de cette aide, à une exonération :

1° Des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales ;

2° De la taxe sur les salaires ;

3° De la taxe d'apprentissage ;

4° Des participations dues par les employeurs au titre de l'effort de construction.

B. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à l'exonération mentionnée au A du présent IV.

Article 17

Est approuvé le montant de 3,8 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 18

Pour l'année 2014, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 17

(Sans modification)

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 18

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Article 17

(Sans modification)

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 18

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	188,0	194,1	-6,2
Vieillesse	219,4	221,0	-1,6
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,3	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	464,7	474,6	-10,0

Article 19

Pour l'année 2014, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	163,7	169,9	-6,2
Vieillesse	116,0	117,2	-1,2
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,0	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	336,6	346,2	-9,6

Article 20

I. – Pour l'année 2014, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	20,4	-3,2

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	188,0	194,0	-6,0
Vieillesse	219,4	221,0	-1,7
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,3	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	464,6	474,5	-9,8

Article 19

Alinéa sans modification

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	163,8	169,8	-6,0
Vieillesse	116,0	117,2	-1,2
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,0	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	336,6	346,1	-9,5

Article 20

I. – Alinéa sans modification

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	17,0	20,4	-3,4

Propositions de la Commission

Article 19

(Sans modification)

Article 20

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

II. – Pour l'année 2014, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 12,8 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2014, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

IV. – Pour l'année 2014, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes fiscales	0,1
Total	0,1

Article 21

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2014 à 2017), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Section 3

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

Article 22

I. – Le code de la sécurité sociale

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

II. – Non modifié

III. – Non modifié

IV. – Non modifié

Article 21

(Cf. *annexe B*)

Section 3

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

Article 22

I. – Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Article 21

(*Sans modification*)

Section 3

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

Article 22

(*Sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

est ainsi modifié :

1° L'article L. 131-6-2 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque le revenu d'activité de la dernière année écoulée est définitivement connu, les cotisations provisionnelles, à l'exception de celles dues au titre de la première année d'activité, sont recalculées sur la base de ce revenu. » ;

b) Au troisième alinéa, après les mots : « d'activité », sont insérés les mots : « de l'année au titre de laquelle elles sont dues » ;

c) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « sur la base du dernier revenu d'activité connu ou » sont supprimés ;

2° Le second alinéa du I de l'article L. 133-6-2 est supprimé ;

3° L'article L. 722-4 est ainsi modifié :

a) À la fin, les mots : « , appréciés en application de l'article L. 131-6 » sont supprimés ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Cette cotisation est calculée en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Son taux est fixé par décret. »

II. – A. – Les 1° et 2° du I s'appliquent aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2015.

B. – Par dérogation au A du présent II, le 1° du I s'applique aux cotisations de sécurité sociale recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et

1° Non modifié

2° Non modifié

3° Alinéa sans modification

a) Non modifié

b) Alinéa sans modification

« Cette cotisation est calculée dans les conditions prévues aux articles ...
... décret. »

II. – Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

L. 723-1 du code de la sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016.

C. – Le 3^o du I s'applique aux cotisations sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2014.

Article 23

I. – Les conditions dans lesquelles les employeurs mentionnés au I de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ainsi que ceux qui ont recours à un tiers pour l'accomplissement de leurs déclarations de cotisations sociales sont soumis, en fonction du montant annuel de leurs cotisations, à l'obligation de déclaration sociale nominative au plus tard le 1^{er} juillet 2015 sont fixées par décret.

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

1^o La section 5 du chapitre III du titre IV du livre II est abrogée ;

2^o La section 1 du chapitre III bis du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-5-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-5-5. – I. – Tout employeur est tenu d'effectuer les déclarations pour le calcul de ses cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. Les seuils au delà desquels ces formalités s'imposent sont fixés par décret, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales.

« II. – La méconnaissance de l'obligation de déclaration prévue au I entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. La méconnaissance de l'obligation de versement prévue au I entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite du

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 23

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 23

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions. » ;

3° La section 2 bis du même chapitre III bis est complétée par un article L. 133-6-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-6-7-2. – Les travailleurs indépendants non agricoles sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. Le seuil au delà duquel ces formalités s'imposent est fixé par décret, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales ou, pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 133-6-8, en fonction du chiffre d'affaires. La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5. » ;

4° Aux articles L. 612-10 et L. 623-1, la référence : « L. 243-14 » est remplacée par la référence : « L. 133-5-5 » ;

5° (Supprimé)

6° À l'article L. 722-5, les références : « des sections 4 et 5 » sont remplacées par la référence : « de la section 4 » et la référence : « de l'article L. 374-1 » est remplacée par les références : « des articles L. 133-6-7-2 et L. 374-1 ».

B. – L'article L. 1221-12-1 du code du travail est ainsi rédigé :

« Art. L. 1221-12-1. – Sont tenus d'adresser les déclarations préalables à l'embauche par voie électronique :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 1° Les employeurs dont le personnel relève du régime général de sécurité sociale, autres que les particuliers employant un salarié à leur service, et dont le nombre de déclarations préalables à l'embauche accomplies au cours de l'année civile précédente excède un seuil fixé par décret ;

« 2° Les employeurs dont le personnel relève du régime de protection sociale agricole et dont le nombre de déclarations préalables à l'embauche accomplies au cours de l'année civile précédente excède un seuil fixé par décret.

« Le non-respect de cette obligation entraîne l'application d'une pénalité, fixée par décret, dans la limite de 0,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par salarié, recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions relatives au recouvrement des cotisations de sécurité sociale. Les pénalités dues au titre d'une année civile sont versées au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations de sécurité sociale de l'année suivante. »

C. – L'article L. 725-22 du code rural et de la pêche maritime est abrogé.

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

1° Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Dans les départements d'outre-mer, ainsi que dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon, la déduction de cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle est majorée d'un montant fixé par décret. » ;

2° Au début de la seconde phrase, les mots : « Cette déduction n'est cumulable » sont remplacés par les mots : « Ces déductions ne sont cumulables ».

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

A bis. – Au dernier alinéa de l'article L. 133-8 du même code, les mots : « une attestation d'emploi se substituant à la remise du bulletin de paie prévue à » sont remplacés par les mots : « un document valant bulletin de paie, au sens de ».

A ter. – À la dernière phrase du premier alinéa du II de l'article L. 243-1-2 du même code, les mots : « salaire ou l'attestation d'emploi » sont remplacés par les mots : « paie ou le document mentionné à l'article L. 133-8 ».

B. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° A Au dernier alinéa de l'article L. 1271-3, les mots : « une attestation d'emploi se substituant à la remise du bulletin de paie prévue à » sont remplacés par les mots : « un document valant bulletin de paie, au sens de » ;

1° B Le premier alinéa de l'article L. 1271-4 est ainsi modifié :

a) Au début de la première phrase, sont ajoutés les mots : « Pour les salariés dont le nombre d'heures de travail effectuées n'excède pas un seuil fixé par décret, » ;

b) À la même phrase, après le mot : « indemnité », il est inséré le mot : « compensatrice » ;

c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le présent alinéa est applicable également au delà du seuil précité en cas d'accord entre l'employeur et le salarié. » ;

1° À la fin de l'article L. 1522-1, les mots : « lorsque celui-ci a la nature d'un titre spécial de paiement » sont supprimés ;

2° Le dernier alinéa de l'article

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

L. 1522-4 est supprimé.

Article 23 bis

Après la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-17-2-1, du seizième alinéa de l'article L. 162-17-4, du troisième alinéa du II de l'article L. 162-17-4-1, de l'avant-dernier alinéa des articles L. 162-17-7 et L. 162-17-8, du dernier alinéa du II de l'article L. 165-1-2, de l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 165-3 et des articles L. 165-5, L. 165-8-1 et L. 165-13 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. »

Article 24

À titre exceptionnel, il est prélevé, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une somme égale à 65 % des réserves, constatées au 31 décembre 2013, du fonds national de gestion technique des agents en activité et de leurs ayants droit de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

Article 25

I. – Au premier alinéa du I de l'article 38 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les mots : « l'année 2013 » sont remplacés par les mots : « les années 2013 à 2017 ».

II. – A. – Par dérogation aux articles L. 1224-1 et L. 1224-3 du code du travail, les salariés de la caisse autonome nationale de la sécurité

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 23 bis

(Sans modification)

Article 24

(Sans modification)

Article 25

I. – Non modifié

II. – A. – Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Article 23 bis

(Sans modification)

Article 24

(Sans modification)

Article 25

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

—

sociale dans les mines bénéficiaires, à la date de publication de la présente loi, d'un contrat de travail à durée indéterminée et dont les activités sont transférées vers une autre entité juridique optent individuellement :

1° Soit pour leur mise à disposition auprès du nouvel employeur par la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, dans les conditions prévues aux articles L. 8241-1 et L. 8241-2 du même code ;

2° Soit pour le transfert de leur contrat de travail, dans les conditions prévues audit code. Dans ce cas, les salariés bénéficiant, à la date du transfert, de certains avantages en nature présentant un caractère viager peuvent se voir proposer une indemnité compensatrice, dont les modalités sont déterminées par accord collectif. Si aucun accord collectif n'est conclu dans les six mois suivant la publication de la présente loi ou si celui-ci n'est pas agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale, les modalités peuvent être déterminées par décret.

B. – À défaut d'exercice du droit d'option, le 2° du A s'applique au salarié dont l'activité est transférée.

C. – Dans les quinze mois suivant le transfert de l'activité, le salarié dont le contrat a été transféré peut demander à réintégrer les effectifs de la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, dans les conditions de son précédent contrat et sous réserve, le cas échéant, du remboursement de l'indemnité compensatrice mentionnée au 2° du A. Dans ce cas, le salarié est mis à disposition dans les conditions prévues au 1° du même A.

D. – Les modalités d'exercice du droit d'option sont fixées par décret.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

—

1° Soit pour leur mise à la disposition du nouvel ...

... code ;

2° Soit ...

... modalités de cette indemnité peuvent être déterminées par décret.

B. – Non modifié

C. – Non modifié

D. – Non modifié

Propositions de la Commission

—

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 26

Sont habilités en 2014 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

(en millions d'euros)

	Montants limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	34 500
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	3 500
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	950
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	900
Caisse nationale des industries électriques et gazières	440
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	450
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	15

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

Section 1

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

Article 27 A

La section 6 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-31-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-31-1. – I. – Des expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins peuvent être mises en œuvre, pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients. Ces projets pilotes concernent soit un nombre restreint de pathologies, dont la liste est

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 26

(Sans modification)

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

Section 1

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

Article 27 A

Alinéa sans modification

« Art. L. 162-31-1. – I. – Des ...

... patients souffrant de pathologies chroniques. Ces projets ...

Propositions de la Commission

Article 26

(Sans modification)

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

Section 1

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

Article 27 A

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

fixée par le décret en Conseil d'État mentionné au deuxième alinéa, soit un nombre restreint de régions dans lesquelles ils sont mis en œuvre.

« L'objet, le champ et la durée des expérimentations sont précisés par décret en Conseil d'État.

« Le contenu des projets pilotes et leur périmètre territorial sont définis par un cahier des charges national arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et, le cas échéant, décliné, en fonction des spécificités locales, par les agences régionales de santé.

« Les expérimentations sont mises en œuvre par le biais de conventions signées entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales volontaires ainsi que, le cas échéant, des organismes complémentaires d'assurance maladie.

« II. – Pour la mise en œuvre des projets pilotes prévus au I, il peut être dérogé aux règles de facturation, tarification, participation de l'assuré aux frais, paiement direct des honoraires par le malade et frais accessoires dus aux professionnels de santé ou structures ou établissements de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, définies au présent titre VI et au titre II du livre III du présent code, ainsi qu'au titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

... œuvre.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« II. – Pour ...

... dérogé :

« 1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

« 2° À l'article L. 162-2 du même code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

« Les modalités de financement dérogatoire par l'assurance maladie dans le cadre de ces expérimentations sont définies dans le cadre des conventions mentionnées au I.

« III. – Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge dans le cadre des expérimentations. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée dans le cadre de

malade ;

« 3° Aux 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 dudit code, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« 4° Aux articles L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations ;

« 5° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« 6° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du même code, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 dudit code.

Alinéa sans modification

« III. – Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

l'expérimentation.

« IV. – Les agences régionales de santé réalisent une évaluation annuelle des expérimentations mises en œuvre dans le cadre des projets pilotes, transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un bilan des expérimentations en cours et lui présente, au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation, un rapport d'évaluation portant sur l'opportunité de leur généralisation.

« Pour la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des expérimentations prévues au présent article, les médecins désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé et les personnels placés sous leur responsabilité ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1. »

Article 27

I. – À la première phrase du premier alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, le mot : « six » est remplacé par le mot : « sept ».

II. – Le I de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « mentionnée » est remplacé par les mots : « ou d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionnés », après les mots : « nouvelle convention », sont insérés les mots : « ou à l'accord » et, après les mots : « de convention », sont insérés les mots : « ou d'accord » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase, après le mot : « convention », sont insérés les mots :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

« IV. – Non modifié

Article 27

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 27

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« ou un nouvel accord » ;

b) La troisième phrase est complétée par les mots : « ou d'un nouvel accord ».

Article 27 bis

I. – Le 2° de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces conditions prévoient que les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte prévus par ces conventions font l'objet, au plus tard trois mois après la conclusion de ces conventions ou d'avenants à ces conventions, d'un examen par les instances conventionnelles prévues par l'accord, en vue de leur intégration au sein de celui-ci, dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 162-32-2 ; ».

II. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des centres de santé disposent d'un délai de neuf mois à compter de la promulgation de la présente loi pour réviser l'accord conclu en application de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale.

Article 28

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

1° A À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 4011-1, la seconde occurrence du mot : « et » est remplacée par le mot : « à » ;

1° L'article L. 4011-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4011-2. – Les professionnels de santé peuvent soumettre à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. Ces derniers précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 27 bis

(Sans modification)

Article 28

I. – Alinéa sans modification

1° A Non modifié

1° Non modifié

Propositions de la Commission

Article 27 bis

(Sans modification)

Article 28

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Ces protocoles sont accompagnés d'un modèle économique précisant notamment les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés. Ce modèle économique est établi avec l'appui de l'agence régionale de santé. Son contenu est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Après avoir vérifié que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional, le directeur général de l'agence régionale de santé en autorise la mise en œuvre par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé et après avis du collège des financeurs prévu à l'article L. 4011-2-1. Cet arrêté précise la durée du protocole. » ;

2° Après le même article L. 4011-2, sont insérés des articles L. 4011-2-1 à L. 4011-2-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 4011-2-1. – Un collège des financeurs, composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'assurance maladie et de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, émet, pour chacun des protocoles de coopération transmis par l'agence régionale de santé, un avis portant sur le modèle économique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 4011-2 ainsi que sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et sa durée.

« Cet avis est transmis à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

« Art. L. 4011-2-2. – I. – Le financement dérogatoire des protocoles de coopération pour lesquels le collège des financeurs mentionné à l'article L. 4011-2-1 a donné un avis favorable peut être autorisé par les ministres

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

2° Alinéa sans modification

« Art. L. 4011-2-1. – Un ...

... dérogatoire et la durée de celle-ci.

Alinéa sans modification

« Art. L. 4011-2-2. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

chargés de la santé et de la sécurité sociale pour une durée n'excédant pas trois ans, renouvelable une fois.

« En tant que de besoin, ce financement peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

« a) Articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

« b) 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« c) Article L. 162-2, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« d) Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

« II. – Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de l'autorisation mentionnée au premier alinéa du I du présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 4011-2-3. – I. – Six mois avant le terme d'un protocole de coopération, les professionnels de santé transmettent à l'agence régionale de santé les éléments, prévus par arrêté du ministre chargé de la santé, nécessaires à son évaluation.

« L'agence transmet ces éléments, accompagnés de son avis sur la pérennisation de ce protocole, à la Haute Autorité de santé et au collège des financeurs. La Haute Autorité de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

« Art. L. 4011-2-3. – I. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

santé réalise une évaluation médico-économique du protocole et rend un avis sur son efficience.

« II. – Sur la base des éléments transmis par l'agence et de l'avis de la Haute Autorité de santé, le collège des financeurs rend un avis sur le maintien et, le cas échéant, sur la prise en charge financière du protocole soit à titre dérogatoire pour une durée limitée, soit à titre pérenne par une inscription des actes concernés sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Dans le cas d'un avis favorable du collège des financeurs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut maintenir le protocole pour une durée qu'il fixe.

« III. – Lorsque, en application du II, le collège des financeurs rend un avis favorable au maintien et, le cas échéant, à la prise en charge financière d'un protocole de coopération, la Haute Autorité de santé peut étendre ce protocole à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de santé peut autoriser la mise en œuvre du protocole par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision. »

II. – Après le 8° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Rendre les avis mentionnés, respectivement, au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique et au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du même code. »

III. – Les professionnels de santé dont les protocoles de coopération ont fait, avant le 1^{er} janvier 2014, l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de santé ou d'un arrêté d'autorisation par une ou plusieurs agences régionales de santé peuvent soumettre au collège des financeurs une demande d'avis sur le modèle économique des protocoles concernés, dans les conditions prévues à l'article L. 4011-2 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant du

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

« II. – Sur ...

... titre définitif par ...

... qu'il fixe.

« III. – Non modifié

II. – Non modifié

III. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

présent article.

Sur avis du collège des financeurs, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent autoriser le financement dérogatoire de ces protocoles, dans les conditions prévues à l'article L. 4011-2-2 du même code.

Article 29

I. – Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, peuvent être menées à compter du 1^{er} janvier 2014 pour une durée de quatre ans, dans des régions pilotes dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge, d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales.

Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires.

II. – Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I, il peut être dérogé :

1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 29

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 29

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1 ;

4° À l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

5° Aux articles L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique par l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux régions pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

III. – Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent, dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine dans le cadre des expérimentations définies au I et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télémedecine dans le cadre de ces expérimentations.

IV. – Au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016.

Article 29 bis

Chaque année, avant l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la situation des déserts médicaux en France. Ce rapport présente notamment les inégalités géographiques et les zones sous-dotées en médecins généralistes et spécialistes et en infirmiers. Il évalue également les disparités financières et les zones particulièrement exposées aux dépassements d'honoraires. Enfin, il comprend une évaluation précise de l'expérimentation du praticien territorial de médecine générale ainsi que de ses possibilités d'évolution ou d'extension.

Article 30

I. – Le premier alinéa de l'article L. 722-6 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , ainsi qu'à celles prévues au 5° de l'article L. 321-1 selon les modalités prévues à l'article

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 29 bis

Chaque ...

... situation des zones médicalement sous-dotées en France. Ce ...

... financières d'accès aux soins et les zones où sont constatés le plus de dépassements ...

... précise du dispositif prévu à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique relatif au praticien ...
... d'extension.

Article 30

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 29 bis

(Sans modification)

Article 30

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

L. 722-8-2 ».

II. – L'article L. 722-8-2 du même code est ainsi rétabli :

« Art. L. 722-8-2. – Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire dès lors qu'elles se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre leur activité professionnelle en raison de difficultés médicales liées à leur grossesse. Cette incapacité temporaire de travail est constatée dans les conditions prévues au 5° de l'article L. 321-1.

« L'indemnité prévue au premier alinéa du présent article est accordée à l'expiration d'un délai déterminé à compter du début de l'incapacité temporaire de travail et est due, pendant une durée fixée par décret, pour chaque jour ouvrable ou non. L'indemnité est servie dans les conditions et sous réserve des obligations prévues à l'article L. 323-6.

« Les modalités d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa, le délai et la durée maximale de versement mentionnés au deuxième alinéa, sont fixées par décret.

« L'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa n'est pas cumulable avec l'indemnité journalière mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 722-8. »

Article 31

I. – L'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « et que ce dépassement résulte de pratiques de prescriptions non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du bénéficiaire

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 31

I. – Alinéa sans modification

1° Au ...

Propositions de la Commission

Article 31

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1 » sont supprimés ;

1° bis Après le mot : « hospitalières », la fin du 2° est ainsi rédigée : « reposant notamment sur une analyse des prescriptions des praticiens exerçant dans l'établissement non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1 du présent code. » ;

2° Au sixième alinéa, les mots : « lui enjoint » sont remplacés par les mots : « peut lui enjoindre ».

II. – L'article 64 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est abrogé.

III. – A. – De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1^{er} janvier 2014 et pour une période n'excédant pas trois ans, par des établissements de santé volontaires, pour les transports de patients au départ ou à destination de ces établissements autres que les transports d'urgence régulés par les services d'aide médicale urgente.

Cette expérimentation a pour objectifs de développer des modes de transport plus efficaces en proposant au patient le mode de transport le moins onéreux compatible avec son état de santé, de contribuer à l'amélioration de l'organisation des soins ou examens délivrés dans un même établissement de santé et d'optimiser l'utilisation des véhicules de transport des patients.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

... L. 321-1 », sont remplacés par les mots : « ou que ces dépenses dépassent un montant fixé par arrêté » ;

« 1° bis A (*nouveau*) Au 1°, les mots : « en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement » sont remplacés par le mot : « actualisé » ;

1° bis Après ...

... exigence, prévue à l'article L 321-1 du présent code, de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire. » ;

2° Non modifié

II. – Non modifié

III. – A. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

B. – L'expérimentation est mise en place dans un établissement de santé par la conclusion d'une convention entre l'établissement de santé expérimentateur, les organismes locaux d'assurance maladie et l'agence régionale de santé, après consultation des représentants locaux des organisations professionnelles nationales du transport sanitaire et des taxis. Elle porte sur l'ensemble des transports des patients de l'établissement réalisés par des entreprises de transports sanitaires agréées et par des entreprises de taxis conventionnées.

Pour participer à une expérimentation menée par un établissement de santé, une entreprise de transports sanitaires agréée ou une entreprise de taxis conventionnée doit adhérer à la convention conclue en application du premier alinéa du présent B. Cette convention entre en vigueur lorsque le nombre d'entreprises signataires garantit la disponibilité d'un parc de véhicules adapté au volume et aux conditions de transport définis par l'établissement de santé expérimentateur.

Par dérogation au 2° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, les transports de patients effectués par des entreprises de transports sanitaires et de taxis en dehors des conditions d'organisation définies dans la convention ou par des entreprises n'ayant pas adhéré à la convention ne sont pas pris en charge par les régimes d'assurance maladie, à l'exception des transports régulés par les services d'aide médicale urgente.

L'agence régionale de santé fixe la liste des établissements de santé participant à chaque expérimentation. Elle peut enjoindre aux établissements qui donnent lieu au constat mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 322-5-5 du même code de mettre en œuvre l'expérimentation définie au présent article.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

B. – L'expérimentation ...

... santé. Elle porte ...

... conventionnées.

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut attribuer un financement à l'établissement de santé pour le lancement de l'expérimentation. En cas de constatation d'une réduction des dépenses de transport au cours de l'expérimentation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut allouer une dotation d'intéressement à l'établissement de santé. Les sommes attribuées pour le lancement des expérimentations et les dotations d'intéressement sont financées par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

C. – La convention d'expérimentation détermine :

1° Les modalités d'organisation des transports assurés au départ ou à destination de l'établissement de santé expérimentateur, autres que les transports régulés par les services d'aide médicale urgente ;

2° Les obligations des établissements de santé et des entreprises réalisant le transport des patients ainsi que les pénalités versées en cas de manquement à ces obligations ;

3° Les conditions d'attribution d'un financement de lancement et de dotations d'intéressement des établissements de santé par l'agence régionale de santé ;

4° Les modalités selon lesquelles les entreprises de transports sanitaires et les entreprises de taxis adhèrent à la convention mentionnée au 2° ;

5° Les conditions d'interruption de l'expérimentation avant son échéance triennale et de retour aux modalités de financement de droit commun ;

6° Les conditions dans lesquelles l'expérimentation prend fin à son échéance triennale et celles permettant le retour aux modalités de financement de droit commun.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Alinéa sans modification

C. – Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Les ...
... santé ainsi ...

... obligations ;

3° Non modifié

4° *Supprimé*

5° Non modifié

6° Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

D. – Chaque expérimentation menée par un établissement de santé fait l'objet d'une évaluation annuelle conduite par l'agence régionale de santé. L'expérimentation prévue au présent article fait l'objet d'un rapport d'évaluation du Gouvernement, qui est transmis au Parlement au plus tard le 30 septembre 2016.

E. – Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent III, notamment les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation et les modalités de financement et d'intéressement prévues par la convention mentionnée au B.

Article 32

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

1° L'article L. 221-1-1 est abrogé ;

2° Après le 8° de l'article L. 221-1, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues au dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4. »

II. – L'article L. 1433-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il définit les orientations stratégiques relatives aux actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Les aides attribuées aux actions et expérimentations ainsi qu'à leur évaluation sont financées par une dotation des régimes d'assurance maladie, fixée par arrêté des ministres chargés de la

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

D. – Non modifié

E. – Non modifié

Article 32

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 32

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

sécurité sociale et de la santé. »

III. – Au troisième alinéa de l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les mots : « , dont le montant » sont remplacés par les mots : « composée de deux parts, l'une au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement du centre et l'autre au titre du financement des contrats d'engagement de service public. Le montant de la dotation ».

Article 33

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

1° Après l'article L. 162-22-8, il est inséré un article L. 162-22-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-8-1. –

Lorsqu'elles répondent à des critères d'isolement géographique, les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par des établissements de santé situés dans des zones à faible densité de population peuvent être financées selon des modalités dérogatoires aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10, sous réserve que les prestations d'hospitalisation assurées par ces établissements et la situation financière de ceux-ci le justifient. Un décret en Conseil d'État détermine ces modalités dérogatoires de financement, les critères permettant de caractériser l'isolement géographique des activités concernées ainsi que les critères d'éligibilité des établissements de santé tenant, d'une part, à la densité de population des zones dans lesquelles ils sont situés et, d'autre part, aux prestations qu'ils assurent et à leur situation financière.

« La liste des établissements exerçant des activités auxquelles s'appliquent les modalités de financement définies au premier alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition, pour chaque région, du

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 33

I. – Alinéa sans modification

1° Non modifié

Propositions de la Commission

Article 33

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

2° L'article L. 162-26-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « pour assurer des activités de soins » et les mots : « afférents à ces activités » sont supprimés ;

b) Après le mot : « honoraires », sont insérés les mots : « liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens » ;

3° La sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est ainsi modifiée :

a) Après l'article L. 162-22-9-1, il est inséré un article L. 162-22-9-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-9-2. – L'État peut fixer, pour tout ou partie des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volume d'activité.

« Lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation d'hospitalisation d'un établissement de santé soumise aux dispositions du premier alinéa du présent article est supérieur au seuil fixé en application de ce même alinéa, le tarif national mentionné au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicable à la prestation concernée est minoré pour la part d'activité réalisée au delà de ce seuil par l'établissement.

« Les dispositions prévues au deuxième alinéa tiennent compte du taux d'évolution ou du volume d'activité d'une prestation d'hospitalisation résultant d'une création ou d'un regroupement d'activités.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article, notamment les critères

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

2° Non modifié

3° Alinéa sans modification

a) Alinéa sans modification

« Art. L. 162-22-9-2. – Alinéa sans modification

« Lorsque ...
... prestation
ou d'un ensemble de prestations
d'hospitalisation d'un établissement de
santé soumis aux dispositions ...
... application du
même alinéa, les tarifs mentionnés au 1°
du I de l'article L. 162-22-10 appli-
cables à la prestation ou à l'ensemble de
prestations concernés sont minorés pour
la part d'activité réalisée au-delà de ce
seuil par l'établissement.

Alinéa supprimé

« Un ...

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

pris en compte pour fixer les seuils, les modalités de mesure de l'activité et de minoration des tarifs ainsi que les conditions de mise en œuvre des minorations après constatation du dépassement du seuil fixé pour une prestation. » ;

b) Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

– après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9-2. » ;

– au dernier alinéa, la référence : « au 2° » est remplacée par les références : « aux 2° et 5° ».

II. – Avant le 31 mai 2014, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la réforme du modèle de financement des établissements de santé. Ce rapport détaille notamment les pistes envisagées pour intégrer des critères de pertinence des soins et de qualité des prises en charge dans la tarification des établissements et pour mieux contrôler l'évolution des volumes d'activité en fonction de ces critères.

Article 33 bis

L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Après le mot : « code », la fin de la première phrase est supprimée ;

b) La deuxième phrase est supprimée ;

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

« Concernant les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

... dépassement des seuils. La mesure de l'activité tient compte des situations de création ou de regroupement d'activités. » ;

b) Non modifié

II. – Non modifié

Article 33 bis

Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Alinéa sans modification

« Concernant ...

Propositions de la Commission

Article 33 bis

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

suite ou de réadaptation, la mise sous accord préalable porte sur les établissements de santé en cas de constatation d'une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hospitalisation, dans le respect des référentiels établis par la Haute Autorité de santé sur la base d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie, après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés. »

Article 34

I. – A. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} juillet 2014 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes destinés à améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique et relevant de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10, L. 162-22-13 et L. 174-1 du même code, aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 dudit code en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, aux 1^o, 2^o, 6^o et 9^o de l'article L. 321-1 dudit code en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie, à l'article L. 162-2 du même code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade, aux articles L. 322-2 et L. 322-3 dudit code relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations et aux articles L. 314-2 et L. 314-9 du code de l'action

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

... établissements de santé prescripteurs en cas ...

... hospitalisation . Cette mise sous accord préalable s'effectue dans le respect ...

... privés. »

Article 34

I. – A. – Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Article 34

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

sociale et des familles en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du même code.

Pour l'expérimentation de parcours de soins adaptés à la dialyse à domicile, il peut, en outre, être dérogé à l'article L. 4211-5 du code de la santé publique afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du même code pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en section A et D.

B. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre des expérimentations, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire et, le cas échéant, médico-social et social des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

Le contenu de chaque projet pilote est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition d'une ou plusieurs agences régionales de santé. Le cahier des charges détermine les catégories d'établissements de santé et médico-sociaux, de prestataires mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de santé publique et de professionnels de santé participant au projet pilote. La mise en œuvre est prévue par une convention conclue entre l'agence régionale de santé, les établissements de santé et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les professionnels concernés pour la durée de l'expérimentation et, le cas échéant, le promoteur de l'expérimentation.

C. – En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation des projets pilotes est réalisé au terme de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Pour ...

... dérogé au principe de dispensation au public par les pharmaciens des médicaments, produits et objets pharmaceutiques, mentionné au 4° de l'article L. 4211-1 du code de la santé publique afin ...

... D.

B. – Alinéa sans modification

Le ...

... conclue, pour la durée de l'expérimentation, entre l'agence régionale de santé, les établissements de santé et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les professionnels concernés.

C. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement avant le 30 septembre 2016.

II. – A. – Une expérimentation peut être menée, à compter du 1^{er} mars 2014 et pour une période n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe et relevant de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. La liste des affections concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Participent à l'expérimentation les titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par radiothérapie pour les affections concernées, au titre des articles L. 6122-1 et L. 6122-3 du code de la santé publique.

Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, au paiement direct des honoraires par le malade prévu à l'article L. 162-2 du même code, ainsi qu'aux règles relatives aux relations conventionnelles entre les médecins et les organismes d'assurance maladie fixées aux articles L. 162-5 à L. 162-5-17 dudit code.

B. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

C. – En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation est réalisé au

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

II. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement avant le 30 septembre 2016.

Article 35

I. – Après l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 174-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 174-1-2. – Une part du montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 peut être transférée, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, au fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. De la même manière, une part du montant du fonds d'intervention régional dont la gestion est déléguée à l'agence régionale de santé peut être transférée vers la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1. Ces transferts ne peuvent conduire à ce que l'une ou l'autre des dotations concernées soit diminuée au delà d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite de 1 % du montant des dotations régionales concernées.

« Les transferts réalisés en cours d'année sont pris en compte en fin d'année par correction, d'une part, du montant de l'objectif mentionné au même article L. 174-1-1 et, d'autre part, de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique. »

II. – Le 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il peut être révisé en cours d'année pour tenir compte des transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 35

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 35

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 36

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

1° Au second alinéa de l'article L. 162-22-14, les mots : « ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie » sont supprimés ;

2° L'article L. 162-22-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « versés », sont insérés les mots : « aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, d'une part, et aux établissements mentionnés au d du même article, d'autre part, » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

3° L'article L. 174-2 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est supprimé ;

b) À la fin du dernier alinéa, les mots : « et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations » sont supprimés ;

3° bis (*nouveau*) À la fin du second alinéa des articles L. 174-2-2 et L. 174-9-1, la référence : « L. 174-2 » est remplacée par la référence : « L. 175-2 » ;

4° Au dernier alinéa de l'article L. 174-12, les mots : « et répartie entre

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 36

I. – Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Non modifié

3° Non modifié

3° bis Non modifié

« 3° ter (*nouveau*) Le deuxième alinéa de l'article L. 174-8 est ainsi rédigé :

« La répartition des sommes versées aux établissements et services est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. »

4° Non modifié

Propositions de la Commission

Article 36

(*Sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

les régimes » sont supprimés ;

5° La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 174-15-1 est supprimée ;

6° Le chapitre V du titre VII du livre I^{er} est complété par un article L. 175-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 175-2. – Les sommes versées au titre des forfaits et des dotations annuels mentionnés aux articles L. 162-22-15, L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-12 et L. 174-15-1 sont réparties entre les régimes d'assurance maladie selon des coefficients fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé en fonction des charges observées, pour chacun des régimes, dans le système commun d'informations mentionné à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique pour le dernier exercice connu. »

I bis. – Le second alinéa de l'article L. 6416-4 du code de la santé publique est supprimé.

I ter. – À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, la référence : « L. 174-2 » est remplacée par la référence : « L. 175-2 ».

II. – L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa du I, après l'année : « 2016 », sont insérés les mots : « pour les actes et consultations externes et au plus tard le 1^{er} mars 2018 pour les autres prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire, » ;

2° Il est rétabli un VII ainsi rédigé :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

5° Non modifié

6° Non modifié

I bis. – Non modifié

I ter. – Non modifié

II. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« VII. – Jusqu'à la fin de la dérogation prévue au I, l'article L. 175-2 du code de la sécurité sociale s'applique également aux dépenses liées aux prestations d'hospitalisation. »

III. – Le I et le 2° du II entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2014 et s'appliquent, le cas échéant, à la régularisation comptable de l'exercice 2013 faite en 2014.

Article 37

I. – À titre expérimental et pour une période de trois ans, la délivrance dans des officines de pharmacie des médicaments à usage humain appartenant à la classe des antibiotiques se fait à l'unité, lorsque leur forme pharmaceutique le permet.

II. – Un décret détermine, pour ces médicaments, les conditions de désignation des officines des régions retenues pour participer à cette expérimentation. Il définit en outre, pour les médicaments concernés, les modalités de délivrance, d'engagement de la responsabilité des différents acteurs de la filière pharmaceutique dans le cadre de cette expérimentation, de conditionnement, d'étiquetage, d'information de l'assuré et de traçabilité, après la consultation des professionnels concernés. Il détermine, en fonction du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, les règles de fixation du prix à l'unité de vente au public, de prise en charge par l'assurance maladie et de facturation et prévoit les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre.

III. – L'expérimentation fait l'objet d'une évaluation selon des modalités fixées par le décret prévu au II du présent article.

IV. – Le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard le 31 juillet 2017, un rapport dressant le bilan de l'expérimentation prévue au présent

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

III. – Non modifié

Article 37

I. – À titre expérimental à compter du 1^{er} avril 2014 et pour ...

... permet.

II. – Non modifié

III. – Non modifié

IV. – Non modifié

Propositions de la Commission

Article 37

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

article, notamment au regard de son impact sur les dépenses, l'organisation de la filière pharmaceutique et le bon usage des médicaments concernés.

Article 38

I. – Le titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 15° de l'article L. 5121-1 est ainsi modifié :

a) Au début, est ajoutée la mention : « a) » ;

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Un médicament biologique ne peut être qualifié de médicament biologique de référence que si son autorisation a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation ;

« b) Groupe biologique similaire, le regroupement d'un médicament biologique de référence et de ses médicaments biologiques similaires, tels que définis au a du présent 15°. Ils sont regroupés au sein de la liste de référence des groupes biologiques similaires établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; »

2° L'article L. 5121-10-2 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « défini au », est insérée la référence : « a du » ;

b) Au début du troisième alinéa, est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le directeur général de l'agence procède à l'inscription du médicament biologique similaire dans la liste de référence des groupes biologiques similaires prévue au b du même 15° au

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 38

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 38

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence. » ;

c) Au dernier alinéa, après la référence : « présent article », sont insérés les mots : « , à l'exception du troisième alinéa, » ;

3° L'article L. 5121-20 est complété par un 19° ainsi rédigé :

« 19° La procédure d'inscription à la liste de référence des groupes biologiques similaires mentionnée au b du 15° de l'article L. 5121-1 et à l'article L. 5121-10-2 ainsi que le contenu de cette liste, précisant notamment le nom des médicaments biologiques concernés, leur dosage, leur posologie et leur indication thérapeutique. » ;

4° Après l'article L. 5125-23-1, sont insérés des articles L. 5125-23-1-1 et L. 5125-23-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 5125-23-1-1 (*nouveau*).

– Dans le cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique, il porte sur la prescription la mention expresse “en initiation de traitement”. Lors du renouvellement du traitement, sauf dans l'intérêt du patient, le même médicament biologique que celui initialement délivré au patient est prescrit et le prescripteur porte sur la prescription la mention expresse “non substituable, en continuité de traitement”. Dans tous les cas, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse “non substituable” portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.

« Art. L. 5125-23-2. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

biologique similaire lorsque les conditions suivantes sont remplies :

« 1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire mentionné au b du 15° de l'article L. 5121-1 ;

« 2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire ;

« 3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution ;

« 4° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.

« Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.

« Le pharmacien assure la dispensation de ce même médicament biologique lors du renouvellement de la prescription ou d'une nouvelle ordonnance de poursuite de traitement.

« Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement.

« Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de substitution du médicament biologique et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

médicament, sont précisées par décret en Conseil d'État. »

II. – Au cinquième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 5125-23 », est insérée la référence : « ou de l'article L. 5125-23-2 » et les mots : « la plus chère » sont remplacés par les mots : « ou du médicament biologique similaire le plus cher ».

Article 39

I. – La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, après la référence : « code de la santé publique », sont insérés les mots : « ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 » ;

b) La première phrase du dernier alinéa est ainsi modifiée :

– les mots : « ce dernier demande au » sont remplacés par le mot : « le » ;

– les mots : « de reverser » sont remplacés par le mot : « reverse » ;

– les mots : « tout ou partie de » sont supprimés ;

2° Après l'article L. 162-16-5-1, il est inséré un article L. 162-16-5-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5-2. – Un médicament qui, préalablement à l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets ou de la date de fin d'octroi de l'autorisation temporaire d'utilisation fixée par l'Agence na-

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 39

I. – Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Alinéa sans modification

« Art. L. 162-16-5-2. – I. –
Un ...

... prévue au 1° du I de
l'article ...

... effets, être acheté, fourni, pris
en charge et utilisé au profit des patients
par les collectivités publiques pour une

Propositions de la Commission

Article 39

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

tionale de sécurité du médicament et des produits de santé, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques. Seul peut être pris en charge à ce titre un médicament utilisé au profit de patients traités dans les indications ayant bénéficié de l'autorisation temporaire d'utilisation ou pour lesquelles il n'existe pas d'alternative thérapeutique appropriée validée par la Haute Autorité de santé et qui sont mentionnées dans l'autorisation de mise sur le marché ou font l'objet d'une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation.

« Par dérogation au premier alinéa du présent I, lorsque le traitement a été initié au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation dans une indication non mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché, la prise en charge du médicament est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

indication répondant à l'une des situations suivantes :

« 1° (*nouveau*) L'indication a fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation et est mentionnée soit dans l'autorisation de mise sur le marché, soit dans une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation par les autorités compétentes ;

« 2° (*nouveau*) L'indication n'a pas fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation, est mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché et soit il n'existe pas d'alternative thérapeutique prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale identifiée par la Haute Autorité de santé, soit le patient est en échec de traitement ou présente une contre-indication aux alternatives thérapeutiques prises en charge identifiées.

« Par ...

... d'utilisation soit mentionnée au 1° du I du même article L. 5121-12 dans une indication non reprise dans l'autorisation de mise sur le marché, soit mentionnée au 2° du même I, la prise ...

... publique.

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

« La prise en charge mentionnée aux deux premiers alinéas du présent article dure jusqu'à ce qu'une décision relative à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ait été prise et, le cas échéant, jusqu'à ce que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix ait été publié.

« Le présent article cesse de s'appliquer si aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'a été déposée, pour le médicament considéré, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché. »

II. – Le I entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2014. Les spécialités ayant bénéficié des dispositions de l'article 24 de

« II. (*nouveau*) – La prise en charge des indications mentionnées au 2° du I est autorisée sur avis conforme de la Haute Autorité de santé saisie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« La saisine est transmise dans un délai de deux semaines à compter de l'avis du comité des médicaments à usage humain.

« La Haute Autorité de santé mentionne, pour chaque indication concernée, les alternatives thérapeutiques prises en charge au titre des articles L. 162-17, L. 162-17-2-1 ou L. 162-17-2-2 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Elle transmet son avis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'à l'agence et le rend public, au plus tard un mois après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché.

« III. – La prise en charge mentionnée au I du présent ...

... publié.

Alinéa sans modification

II. – Le ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé et pour lesquelles aucune décision n'a été prise, au titre de leur autorisation de mise sur le marché, sur leur inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou sur une des listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale continuent à bénéficier des dispositions de cet article jusqu'au 1^{er} août 2014.

III. – Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport sur l'application du présent article.

Article 40

I. – La section 1 du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Les deux dernières phrases du premier alinéa de l'article L. 138-9 sont ainsi rédigées :

« Pour les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques en application des deux dernières phrases du b du même 5°

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

... dispositions du même article 24 jusqu'au 1^{er} août 2014.

À titre dérogatoire, un médicament qui, préalablement à l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, n'a bénéficié que d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue au 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut, à compter de la date de fin d'octroi de l'autorisation temporaire d'utilisation fixée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé pour le traitement de nouveaux patients dans toutes les indications de son autorisation de mise sur le marché, dans les conditions prévues au présent article, dès lors que l'autorisation de mise sur le marché a été octroyée entre le 1^{er} janvier 2014 et le 1^{er} juillet 2014.

III. – Non modifié

Article 40

I. – Alinéa sans modification

1° Non modifié

Propositions de la Commission

Article 40

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

et pour les spécialités de référence définies au a dudit 5° dont le prix de vente au public est identique à celui des autres spécialités du groupe générique auquel elles appartiennent, ce plafond est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et du budget, dans la limite de 50 % du prix fabricant hors taxes. Pour les spécialités non génériques soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité, le plafond est fixé par l'arrêté précité, dans la limite de 50 % du prix fabricant hors taxes correspondant au tarif forfaitaire de responsabilité. » ;

2° Il est ajouté un article L. 138-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 138-9-1. – Tout fournisseur des officines de spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est tenu de déclarer au Comité économique des produits de santé mentionné à l'article L. 162-17-3 du présent code les montants totaux, par année civile et par spécialité pharmaceutique, des chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties, conformément à l'article L. 138-9 du présent code, au titre des ventes de ces spécialités pharmaceutiques remboursables aux officines de pharmacie.

« Lorsque la déclaration prévue au présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis ou lorsque cette déclaration s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

2° Alinéa sans modification

« Art. L. 138-9-1. – Tout ...

... commerce, consentis, conformément ...

... pharmacie.

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

premier alinéa du présent article réalisé en France par le fournisseur au titre du dernier exercice clos. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année.

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

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au Comité économique des produits de santé.

« Les modalités et délais de déclaration des montants des chiffres d'affaires et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties ainsi que les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État. »

II. – À titre transitoire et jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du I du présent article, les plafonds mentionnés aux deux dernières phrases du même alinéa sont fixés à 17 %.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Alinéa sans modification

« La ...

... sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son ...

... juridiction.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

II. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 40 bis

Après l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-1-1. – Pour les pharmacies mutualistes et les pharmacies de sociétés de secours minières, un arrêté précise, au vu de la convention mentionnée à l'article L. 162-16-1, notamment pour les dispositions prévues aux 2°, 4°, 5°, 7° et 8° de ce même article, celles qui leur sont rendues applicables ainsi que, le cas échéant, les conditions particulières auxquelles est subordonnée leur mise en œuvre. »

Article 41

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

A. – L'article L. 162-22-7 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est précédé de la mention : « I. – » ;

1° bis Le même alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. » ;

2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Lorsque l'agence régionale de santé constate, notamment sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au I, au sein d'un établissement de santé, des prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, elle peut conclure

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 40 bis

(Sans modification)

Article 41

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 40 bis

(Sans modification)

Article 41

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

un avenant annuel au contrat mentionné au même I comportant les mesures nécessaires à l'amélioration et à une plus grande efficacité des pratiques de prescription de cet établissement pour les produits concernés.

« En cas de refus de l'établissement de signer l'avenant mentionné au premier alinéa du présent II ou en cas de non-respect manifeste de ces dispositions, l'agence régionale de santé peut, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations et en tenant compte des manquements constatés, prononcer la réduction du remboursement de 10 % de la part prise en charge par l'assurance maladie pour une durée d'un an. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant du I, dans la limite maximale de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.

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

B. – L'article L. 162-22-7-2 est abrogé.

II. – Le premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments. »

III. – L'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale continue de s'appliquer aux plans d'actions conclus avant la date de promulgation de la présente loi, jusqu'à leur échéance.

Article 42

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

1° Après l'article L. 162-1-7-2, il est rétabli un article L. 162-1-8 ainsi

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 42

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 42

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

rédigé :

« Art. L. 162-1-8. – En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, d'un acte innovant ne relevant pas de l'article L. 162-1-7-1 du présent code et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation de cet acte.

« Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa du présent article, la décision d'inscription de cet acte est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai maximal de trente jours à compter de l'expiration du délai mentionné à ce même premier alinéa.

« En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le délai mentionné au deuxième alinéa, l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.

« Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'État. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret. » ;

2° L'article L. 162-1-7-1 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« En l'absence de décision d'inscription des actes innovants dont l'inscription sur la liste prévue à l'article

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

L. 162-1-7 du présent code est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique dans un délai maximal qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du présent code, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en précise les motifs aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'État. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret. »

Article 42 bis

Avant le 1^{er} mai 2014, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à l'affectation de l'élargissement de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux au financement pérenne et indépendant des associations représentant les usagers du système de santé.

Article 43

Après le quatrième alinéa de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'aide au sevrage tabagique visant à apporter des conseils et un soutien pour favoriser l'arrêt du tabac à l'attention des personnes bénéficiaires de la prescription d'un traitement de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 42 bis

(Sans modification)

Article 43

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 42 bis

(Sans modification)

Article 43

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

substitution nicotinique. »

Article 44

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

1° Après l'article L. 162-4-4, il est inséré un article L. 162-4-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-4-5. – Le médecin qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive et le biologiste médical qui effectue ces examens sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie. Le médecin est également tenu de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif. » ;

2° Il est rétabli un article L. 162-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-8-1. – La sage-femme qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 est tenue de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Elle est également tenue de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif. »

Article 45

I. – Le livre VIII du code de la

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 44

Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

« Art. L. 162-4-5. – Le ...

... contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'Assurance maladie via la carte professionnelle du praticien. » ;

2° Alinéa sans modification

« Art. L. 162-8-1. – La ...

... L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive est tenue ...

... contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'Assurance maladie via la carte professionnelle du praticien. »

Article 45

I. – Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Article 44

(Sans modification)

Article 45

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – Le titre VI est ainsi modifié :

1° L'article L. 861-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les étudiants bénéficiaires de certaines prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation, déterminées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la sécurité sociale, peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire, dans les conditions définies à l'article L. 861-3 du présent code. » ;

2° Le chapitre III est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 863-1, après le mot : « individuels », sont insérés les mots : « sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 863-6, respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et » ;

b) L'article L. 863-6 est ainsi rédigé :

« Art. L. 863-6. – Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est réservé aux contrats d'assurance complémentaire de santé individuels respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure vise à sélectionner des contrats offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues au même article L. 871-1. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'État, dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination.

« Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

A. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

des contrats, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie.

« La liste des contrats ainsi sélectionnés est rendue publique et est communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé. » ;

c) L'article L. 863-7 est ainsi rédigé :

« Art. L. 863-7. – À l'expiration de son droit au bénéfice de la déduction prévue à l'article L. 863-2, toute personne ayant bénéficié d'un contrat mentionné à l'article L. 863-6 reçoit de l'organisme auprès duquel elle avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure mentionnée au même article L. 863-6. Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé avant la déduction opérée au titre de l'article L. 863-2. » ;

B. – L'article L. 871-1 est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « visée à l'article L. 161-36-2 » sont remplacés par les mots : « mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique » ;

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

« Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

B. – Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

« Elles fixent les conditions, qui peuvent comprendre un niveau minimal de prise en charge et un plafond tarifaire, dans lesquelles peuvent être pris en charge des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale, ainsi qu'un plafond pour la prise en charge des dépassements d'honoraires perçus lors de consultations ou d'autres actes des médecins. »

II. – Les articles L. 863-1, L. 863-6 et L. 863-7 s'appliquent aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2015.

Le B du I entre en vigueur, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, au plus tard le 1^{er} janvier 2015.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

« Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins ainsi que les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimum de prise en charge. »

II. – Les articles L. 863-1, L. 863-6 et L. 863-7 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du 2^o du A du I du présent article, s'appliquent aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2015.

Les contrats en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente loi restent éligibles au bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du même code jusqu'à la date à laquelle ils prennent fin.

Alinéa sans modification

III (*nouveau*). – À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, le montant : « 500 euros » est remplacé par le montant : « 550 euros ».

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Article 45 bis</p> <p>L'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) Au début, sont ajoutés les mots : « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, » ;</p> <p>b) Les mots : « dispositifs médicaux à usage individuel » sont remplacés par les mots : « produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 » ;</p> <p>2° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) La première phrase est ainsi rédigée :</p> <p>« Des accords peuvent également être conclus au niveau national pour prévoir des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnés aux articles L. 861-3 et L. 863-2. » ;</p> <p>b) La seconde phrase est complétée par les mots : « et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » ;</p> <p>3° À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « les organismes nationaux » sont remplacés</p>	<p style="text-align: center;">Article 45 bis</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>a) Non modifié</p> <p>b) Les ...</p> <p>... prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1 » ;</p> <p>2° Non modifié</p> <p>3° Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">Article 45 bis</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

par les mots : « l'Union nationale des caisses ».

Article 45 ter

L'article L. 863-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le droit à cette déduction est renouvelé automatiquement pour les personnes qui bénéficient de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse. »

Article 46

I. – L'article L. 613-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) La référence : « de l'article L. 621-70 » est remplacée par la référence : « du livre VI » ;

b) Les mots : « la commission de recours amiable de la caisse mutuelle régionale » sont remplacés par les mots : « la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la commission de recours amiable de la caisse du régime social des indépendants » ;

c) Les mots : « décision de la caisse mutuelle régionale » sont remplacés par les mots : « décision desdites commissions » ;

2° Au début du troisième alinéa, les mots : « Par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, » sont supprimés.

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 45 ter

(Sans modification)

Article 46

I. – Non modifié

II. – Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Article 45 ter

(Sans modification)

Article 46

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° L'article L. 732-15, dans sa rédaction antérieure à celle résultant du 8° du I de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour bénéficier du règlement des indemnités journalières prévues à l'article L. 732-4, l'assuré doit être à jour de la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1.

« Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application du livre VI du code de commerce ou lorsque la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la caisse de mutualité sociale agricole accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux indemnités journalières à compter du prononcé du jugement ou de la décision de la commission ou de la caisse, sous réserve que l'échéancier de paiement concernant la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1 soit respecté.

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

2° L'article L. 732-4, dans sa rédaction résultant du 3° du I du même article 71, est ainsi modifié :

a) Après le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En cas d'interruption de travail, l'assuré envoie au service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole, dans un délai déterminé par décret, un avis d'arrêt de travail qui comporte la signature du médecin. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction, dans des conditions fixées par décret. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

1° L'article L. 732-15 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

2° Alinéa sans modification

a) Alinéa sans modification

« En ...

... sanction. Un décret ...

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée. » ;

b) À l'avant-dernier alinéa, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 323-5, » ;

3° L'article L. 752-24 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Tout accident du travail et toute maladie professionnelle dont sont victimes le chef d'exploitation ou les autres personnes mentionnées à l'article L. 752-1 est déclaré à la caisse de mutualité sociale agricole dans un délai et des conditions fixés par décret. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée. Il appartient à la caisse de mutualité sociale agricole saisie d'une déclaration d'accident d'apporter la preuve de son caractère non professionnel. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « l'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et les mots : « de la mutualité sociale agricole » sont supprimés ;

4° Après l'article L. 732-8, il est inséré un article L. 732-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 732-8-1. – Si la caisse de mutualité sociale agricole n'en a pas pris l'initiative, l'assuré peut déposer lui-même une demande de pension d'invalidité qui, pour être recevable, doit être présentée dans un délai déterminé par décret. » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

... prononcée. » ;

b) Non modifié

3° Non modifié

4° Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

5° À l'article L. 762-13-1, dans sa rédaction résultant du 10° du I de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 précitée, la référence : « de l'article L. 731-13 » est remplacée par les références : « des articles L. 731-13, L. 731-35-1 et L. 732-15 ».

III. – La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifiée :

a) Après la référence : « L. 723-1 », la fin de la première phrase du second alinéa du b du 1° du I de l'article 37 est supprimée ;

b) Le 8° du I de l'article 71 est abrogé.

Article 46 bis

Le Gouvernement remet au Parlement, tous les ans avant le 30 septembre, un rapport sur l'application de la réglementation relative aux conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières prévues à l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale.

Article 46 ter

Avant la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités d'adaptation des conditions d'attribution des indemnités journalières au titre de l'assurance maladie et maternité. Ce rapport présente notamment la possibilité d'une prise en compte au prorata des heures travaillées.

Article 47

Le chapitre X du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

5° Non modifié

III. – Non modifié

Article 46 bis

Supprimé

Article 46 ter

(Sans modification)

Article 47

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 46 bis

Suppression maintenue

Article 46 ter

(Sans modification)

Article 47

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° Au a bis des 1 et 2 du I, au dernier alinéa du III et aux a bis et b bis du V de l'article L. 14-10-5, les mots : « et 2013 » sont remplacés par les années : « , 2013 et 2014 » ;

2° L'article L. 14-10-9 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa du a, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ces crédits viennent abonder le budget de chaque agence régionale de santé, à hauteur d'une contribution arrêtée par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine également les conditions d'utilisation et d'affectation de ces crédits, ainsi que celles dans lesquelles les agences régionales de santé rendent compte de son exécution. » ;

b) À la fin du dernier alinéa, les mots : « visés par le présent article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au b ».

Article 47 bis

L'article 67 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est abrogé.

Article 48

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 263,34 millions d'euros pour l'année 2014.

II. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 47 bis

(Sans modification)

Article 48

I. – Non modifié

II. – Non modifié

Propositions de la Commission

Article 47 bis

(Sans modification)

Article 48

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 138 millions d'euros pour 2014.

III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 22,2 millions d'euros pour l'année 2014.

IV. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 91,37 millions d'euros pour l'année 2014.

V. – 1. Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2014, à 162 millions d'euros, selon une répartition entre les régimes arrêtée par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

2. L'article L. 1432-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) Le 2° est complété par les mots : « dont le montant et la répartition entre les régimes sont fixés chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture » ;

b) Au début du dernier alinéa, les mots : « Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées » sont remplacés par les mots : « La contribution prévue au 3° est déterminée ».

3. Le 2 du présent V s'applique à

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

III. – Non modifié

IV. – Le ...

... accompagnements des personnes ...

... 2014.

V. – Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

compter de l'exercice 2015.

Article 49

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 194,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 169,9 milliards d'euros.

Article 50

Pour l'année 2014, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	81,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge	1,7
Total	179,2

Article 50 bis

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 3° de l'article L. 162-39 est ainsi rédigé :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 49

Alinéa sans modification

1° Pour ...

... à 194,0 milliards d'euros ;

2° Pour ...

... à 169,8 milliards d'euros.

Article 50

Alinéa sans modification

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	81,1
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge	1,7
Total	179,1

Article 50 bis

Alinéa sans modification

1° Non modifié

Propositions de la Commission

Article 49

(Sans modification)

Article 50

(Sans modification)

Article 50 bis

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 3° Les tarifs forfaitaires de responsabilité des soins thermaux pris en charge ; le prix limite de facturation des soins thermaux par forfait, tenant compte des facteurs de coûts d'exploitation ; »

2° Il est rétabli un article L. 162-40 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-40. – Les tarifs de responsabilité et le prix limite de facturation des frais de cure thermale mentionnés à l'article L. 321-1 sont établis par la convention nationale conclue entre une ou plusieurs des organisations nationales les plus représentatives des établissements thermaux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 162-39.

« Les frais occasionnés par les bénéficiaires de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 sont uniquement soumis au tarif de responsabilité ; le prix limite de facturation ne peut leur être opposé. »

Article 50 ter

Chaque année, le Gouvernement remet au Parlement un rapport détaillant l'évolution de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de santé et les facteurs d'évolution.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 51

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale,

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

2° Alinéa sans modification

« Art. L. 162-40. – Les établissements thermaux doivent proposer aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé, prévue à l'article L. 861-3, et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, mentionnée à l'article L. 863-2, les soins thermaux à des prix n'excédant pas les tarifs forfaitaires de responsabilité mentionnés au 3° de l'article L. 162-39.

Alinéa supprimé

Article 50 ter

(Sans modification)

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 51

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 50 ter

(Sans modification)

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 51

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

à 221,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 117,2 milliards d'euros.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles

Article 52

I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 435 millions d'euros pour l'année 2014.

II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 821 millions d'euros pour l'année 2014.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2014, à 790 millions d'euros.

Article 53

À la fin du 8° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus en dehors de l'exécution du contrat d'engagement maritime » sont remplacés par les mots et une phrase ainsi rédigée : « l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles imputables à une faute inexcusable de l'employeur. Un décret détermine les conditions d'application du présent 8° ; ».

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles

Article 52

(Sans modification)

Article 53

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles

Article 52

(Sans modification)

Article 53

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 53 bis

Le septième alinéa de l'article L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Les mots : « est totale et » sont supprimés ;

2° Sont ajoutés les mots : « dans les conditions prévues au même alinéa ».

Article 54

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,0 milliards d'euros.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 55

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

1° A Après le mot : « lorsque », la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 522-2 est ainsi rédigée : « la charge des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel, soit par une personne seule. » ;

1° Le chapitre II du titre II du livre V est complété par un article L. 522-3 ainsi rétabli :

« Art. L. 522-3. – Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 53 bis

(Sans modification)

Article 54

(Sans modification)

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 55

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 53 bis

(Sans modification)

Article 54

(Sans modification)

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 55

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 522-2. Ce plafond est majoré lorsque la charge des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel, soit par une personne seule. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

« Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret. » ;

2° La section 3 du chapitre V du titre V du livre VII est complétée par un article L. 755-16-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 755-16-1. – Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 755-16. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

« Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret. »

II. – Le I entre en vigueur à compter du 1^{er} avril 2014.

Article 56

I. – L'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « enfants », la fin de la première phrase du premier alinéa est supprimée ;

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 56

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 56

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« L'allocation de base est versée à taux partiel aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le plafond défini à l'article L. 531-2. Elle est versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un plafond, défini par décret, qui varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et qui est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Ce plafond est revalorisé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. » ;

3° À la fin de la dernière phrase du deuxième alinéa, la référence : « à l'alinéa précédent » est remplacée par la référence : « au premier alinéa du présent article » ;

4° Le troisième alinéa est supprimé.

II. – Au troisième alinéa de l'article L. 531-2 du même code, les mots : « le rang et » sont supprimés.

III. – Par dérogation à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, les montants de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption mentionnées à l'article L. 531-2 du même code ainsi que le montant de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionnée à l'article L. 531-3 dudit code, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi, sont, à compter du 1^{er} avril 2014 et jusqu'à ce que le montant du complément familial mentionné à l'article L. 522-1 du même code soit supérieur ou égal au montant de l'allocation de base, maintenus à leur niveau en vigueur au 1^{er} avril 2013.

IV. – Les I et II du présent article sont applicables à compter du 1^{er} avril 2014, pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2014, et à compter du 1^{er} avril 2017, pour l'ensemble des autres enfants. Pour les

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

personnes qui bénéficient de l'allocation de base mentionnée à l'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale et du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 du même code au titre d'un ou de plusieurs enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} avril 2014, les plafonds de ressources en vigueur au 31 mars 2014 demeurent applicables, sous réserve de leur actualisation annuelle conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. Lorsque ces personnes ont, à compter du 1^{er} avril 2014, du fait d'une naissance ou d'une adoption, un nouvel enfant à charge, il est fait application des I et II du présent article pour l'examen des droits au titre de l'ensemble des enfants à charge.

Article 57

I. – L'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° du I est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le complément à taux partiel est attribué au travailleur non salarié en fonction de la quotité d'activité déclarée sur l'honneur, dès lors que cette activité ne lui procure pas une rémunération mensuelle nette ou un revenu professionnel excédant des montants définis par décret. Le complément à taux partiel peut également être attribué lorsque la rémunération ou le revenu perçus sont supérieurs à ces montants, dès lors qu'ils sont proportionnels à la réduction de l'activité déclarée. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural et de la pêche maritime ainsi qu'aux » sont supprimés ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 57

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 57

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° Le VII est abrogé.

II. – Le a du 1° du I entre en vigueur le 1^{er} avril 2014 et le 2° du I est applicable aux enfants nés ou adoptés à compter de cette même date.

Article 58

I. – Le cinquième alinéa du I de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « dispose d'un minimum de revenus tirés d' » sont remplacés par le mot : « exerce » ;

b) Les deuxième et troisième phrases sont supprimées.

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 531-6 du même code est complété par les mots : « , sous réserve que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas un montant horaire maximal fixé par décret ».

Article 59

Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 542-5 et au dernier alinéa de l'article L. 755-21 du code de la sécurité sociale, les paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale ne sont pas révisés pour l'année 2014.

Article 60

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 59,2 milliards d'euros.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 58

(Sans modification)

Article 59

À la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 542-5 du code de la sécurité sociale, le mot : « janvier » est remplacé par le mot : « octobre ».

Article 60

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 58

(Sans modification)

Article 59

(Sans modification)

Article 60

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 61

Pour l'année 2014, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, à 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et à 100 millions d'euros pour le régime social des indépendants.

Article 62

Pour l'année 2014, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	20,4

Section 6

Dispositions relatives à la gestion des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 63

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

1° Après le 8° de l'article L. 221-1, il est inséré un 10° ainsi rédigé :

« 10° De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 61

(Sans modification)

Article 62

(Sans modification)

Section 6

Dispositions relatives à la gestion des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 63

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 61

(Sans modification)

Article 62

(Sans modification)

Section 6

Dispositions relatives à la gestion des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 63

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale. » ;

2° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 767-1 est complétée par les mots : « , sous réserve du 10° de l'article L. 221-1 ».

II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2015. Le recouvrement des créances et le règlement des dettes prévus au même I et exigibles avant la date mentionnée à la première phrase du présent II sont assurés à compter de cette même date par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale.

Article 64

I. – Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° L'article L. 722-14 est abrogé ;

2° L'article L. 723-43 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « et les organismes visés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés » sont remplacés par les mots : « est autorisée » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « et les organismes mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés » sont remplacés par les mots : « sont autorisées » et le mot : « ils » est remplacé par le mot : « elles » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 64

I. – Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Non modifié

Propositions de la Commission

Article 64

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
3° Au premier alinéa de l'article L. 725-1, les mots : « et les organismes visés à l'article L. 731-30 et » sont supprimés ;	3° Non modifié	
4° L'article L. 725-4 est abrogé ;	4° Non modifié	
5° Au troisième alinéa du II de l'article L. 725-7, les mots : « et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 » sont supprimés ;	5° Non modifié	
6° À l'article L. 725-8, les mots : « ou d'un organisme mentionné à l'article L. 731-30 » et les mots : « ou à l'organisme » sont supprimés ;	6° Non modifié	
7° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 725-12 est supprimé ;	7° Non modifié	
8° À l'article L. 725-23, les mots : « , les organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30 et le groupement d'assureurs mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;	8° Non modifié	
9° Au premier alinéa de l'article L. 725-25, les mots : « les organismes mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont remplacés par les mots : « les caisses de mutualité sociale agricole » ;	9° L'article L. 725-25 est ainsi modifié :	
	a) Au premier alinéa, les mots : « organismes mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont remplacés par les mots : « caisses de mutualité sociale agricole » ;	
	b) (<i>nouveau</i>) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, les mots : « organismes de recouvrement » sont remplacés par les mots : « caisses de mutualité sociale agricole » ;	
	c) (<i>nouveau</i>) À la dernière phrase du deuxième alinéa, les mots : « ces organismes » sont remplacés par les mots : « les caisses de mutualité sociale agricole » et le mot : « ils » est remplacé par le mot : « elles » ;	
	d) (<i>nouveau</i>) Au troisième alinéa, les mots : « organismes concernés » sont remplacés par les mots : « caisses de mutualité sociale agricole concernées » et la seconde occurrence du mot : « organismes » est	

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
10° L'article L. 726-2 est abrogé ;	remplacée par le mot : « caisses ».	10° Non modifié
11° L'article L. 726-3 est ainsi modifié :	11° Non modifié	
a) À la première phrase, les mots : « ainsi que les assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 peuvent » sont remplacés par le mot : « peut » ;		
b) À la dernière phrase, les mots : « et aux assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont supprimés ;		
12° À la fin de la première phrase de l'article L. 731-10, les mots : « et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 » sont supprimés ;	12° Non modifié	
13° L'article L. 731-30 est ainsi rédigé :	13° Non modifié	
« Art. L. 731-30. – Les personnes mentionnées à l'article L. 722-10 sont assurées par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;		
14° Les articles L. 731-31 à L. 731-34 sont abrogés ;	14° Non modifié	
15° Au troisième alinéa de l'article L. 731-35-1, dans sa rédaction résultant du 2° du I de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les mots : « , du groupement mentionné à l'article L. 731-31 » sont supprimés ;	15° Non modifié	
16° Les articles L. 732-6-1 et L. 732-7, dans leur rédaction résultant, respectivement, du 6° et du 7° du I du même article 71, sont abrogés ;	16° Non modifié	
17° Le III de l'article L. 752-1 est abrogé ;	17° Non modifié	
18° Au quatrième alinéa de l'article L. 752-4, les mots : « organismes assureurs » sont remplacés par les mots : « caisses de mutualité	18° Non modifié	

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>sociale agricole » ;</p>		
<p>19° L'article L. 752-12 est ainsi modifié :</p>	19° Non modifié	
<p>a) Les deuxième, troisième et septième alinéas sont supprimés ;</p>		
<p>b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :</p>		
<p>« – de transmettre au ministre chargé de l'agriculture les informations nécessaires au fonctionnement du régime. » ;</p>		
<p>20° L'article L. 752-13 est ainsi rédigé :</p>	20° Non modifié	
<p>« Art. L. 752-13. – Les personnes mentionnées à l'article L. 752-1 sont assurées par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;</p>		
<p>21° L'article L. 752-14 est abrogé ;</p>	21° Non modifié	
<p>22° Le second alinéa de l'article L. 752-15 est supprimé ;</p>	22° Non modifié	
<p>23° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-17, les mots : « , du groupement mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;</p>	23° Non modifié	
<p>24° Au premier alinéa de l'article L. 752-20, les mots : « et le groupement mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;</p>	24° Non modifié	
<p>25° L'article L. 752-23 est ainsi modifié :</p>	25° Non modifié	
<p>a) Au début de la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « L'organisme assureur est tenu » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole est tenue » ;</p>		
<p>b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « l'organisme assureur est admis » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole est admise » ;</p>		

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

c) Au troisième alinéa et, deux fois, au quatrième alinéa, les mots : « l'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » ;

26° L'article L. 752-25 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « L'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « tenu » est remplacé par le mot : « tenue » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « tenu » est remplacé par le mot : « tenue » ;

d) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « L'organisme gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « fondé » est remplacé par le mot : « fondée » ;

e) À la fin du dernier alinéa, les mots : « d'office » sont supprimés ;

27° Au début de l'article L. 752-26, les mots : « L'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole » ;

28° Au second alinéa de l'article L. 752-29, les mots : « , des organismes assureurs » sont supprimés ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

26° Non modifié

27° Non modifié

28° Non modifié

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la Commission
<p>29° À l'article L. 762-15, les références : « des articles L. 723-9 et L. 731-30 à L. 731-34 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 723-9 » ;</p>	<p>29° Non modifié</p>	<hr/>
<p>30° La seconde phrase de l'article L. 762-25 est supprimée.</p>	<p>30° Non modifié</p>	
<p>I bis. – Le 2° du I de l'article 37 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est abrogé.</p>	<p>I bis. – Non modifié</p>	
<p>II. – Les I et I bis s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2014.</p>	<p>II. – Non modifié</p>	
<p>III. – Par dérogation au II du présent article, à l'exception des indemnités journalières servies en application de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, les prestations allouées en application des articles L. 732-3 et L. 752-3 du même code aux assurés ayant opté, en application des articles L. 731-30 et L. 752-13 dudit code, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, pour les organismes assureurs autres que les caisses de mutualité sociale agricole continuent d'être versées par ces mêmes organismes jusqu'à une date, qui peut être différente pour chaque catégorie de prestations, fixée par décret entre le 30 juin et le 31 décembre 2014.</p>	<p>III. – Par ...</p>	
<p>À cette même date, les droits et obligations des groupements d'organismes assureurs mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, sont transférés aux organismes de mutualité sociale agricole, dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>... 30 juin 2014 et le 30 juin 2015.</p>	
<p>À compter de cette même date, la gestion des réserves antérieurement constituées pour le compte des branches instituées aux 2° et 4° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime par les groupements d'organismes assureurs mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 du même code, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, est assurée par la Caisse centrale de la</p>	<p>À la date fixée par le décret, les droits ...</p>	
	<p>... décret.</p>	
	<p>Alinéa sans modification</p>	

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

mutualité sociale agricole.

Le préjudice susceptible de résulter, pour les groupements mentionnés aux mêmes articles L. 731-31 et L. 752-14, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, du transfert de la gestion du régime obligatoire d'assurance maladie et du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles aux caisses de mutualité sociale agricole à la date fixée en application du premier alinéa du présent article, et notamment du transfert de leurs droits et obligations mentionné au deuxième alinéa du présent III, fait l'objet d'une indemnité fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

IV. – Les contrats de travail des personnels affectés aux activités transférées en application des 13° et 20° du I du présent article sont repris par les organismes de mutualité sociale agricole dans les conditions prévues aux articles L. 1224-1 et L. 1224-2 du code du travail.

V. – Un décret fixe les modalités d'application des III et IV.

Article 65

I. – L'article L. 8222-6 du code du travail est ainsi rédigé :

« Art. L. 8222-6. – Sans préjudice des articles L. 8222-1 à L. 8222-3, toute personne morale de droit public ayant contracté avec une entreprise, informée par écrit par un agent de contrôle de la situation irrégulière de cette entreprise au regard des formalités mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5, enjoint aussitôt à cette entreprise de faire cesser sans délai cette situation.

« L'entreprise ainsi mise en demeure apporte, dans un délai de deux mois, à la personne publique la preuve qu'elle a mis fin à la situation

Le ...
... mentionnés aux mêmes articles ...

... du présent
III, et ...

... décret.

IV. – Non modifié

V. – Non modifié

Article 65

I. – Alinéa sans modification

« Art. L. 8222-6. – Alinéa sans modification

« L'entreprise ainsi mise en demeure apporte à la personne publique, dans un délai de deux mois, la preuve ...

Article 65

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

délictuelle. À défaut, le contrat peut être rompu sans indemnité, aux frais et risques de l'entrepreneur.

« La personne morale de droit public informe l'agent auteur du signalement des suites données par l'entreprise à son injonction.

« À défaut de respecter les obligations qui découlent des premier et troisième alinéas du présent article ou, en cas de poursuite du contrat, si la preuve de la fin de la situation délictuelle ne lui a pas été apportée dans un délai de six mois suivant la mise en demeure, la personne morale de droit public est tenue solidairement avec son cocontractant au paiement des impôts, taxes, cotisations, pénalités, majorations, rémunérations, indemnités et charges mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 8222-2, dans les conditions fixées à l'article L. 8222-3. »

II. – Au premier alinéa de l'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 213-1 », est insérée la référence : « , L. 611-8 ».

Article 66

I. – L'article L. 751-37 du code rural et de la pêche maritime est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Il en est de même lorsque la victime se trouvait en situation de travail dissimulé, au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail.

« Dans les cas mentionnés au présent article ainsi qu'à l'article L. 751-36 du présent code, la caisse de mutualité sociale agricole peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale. »

II. – L'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

... l'entrepreneur.

Alinéa sans modification

« À ...

... paiement des sommes mentionnées ...

... L. 8222-3. ».

II. – Non modifié

Article 66

I. – Alinéa sans modification

« Il en est de même lorsque la personne se trouvait ...

... travail.

Alinéa sans modification

II. – Non modifié

Propositions de la Commission

Article 66

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° À la fin du premier alinéa du I, au 5° du II et à la première phrase du premier alinéa des IV et V, les mots : « ou de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

2° Au premier alinéa du VI, les mots : « ou plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

3° Au second alinéa du VI, les mots : « ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou à l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

4° Au 1° du VII, les mots : « ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , des caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles ».

Article 67

I. – Le second alinéa de l'article L. 351-2-1 du code de la construction et

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 67

I. – Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Article 67

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

de l'habitation est ainsi rédigé :

« L'aide personnalisée au logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un pacte civil de solidarité, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement ou sont titulaires de parts sociales dans une société, telle que définie au 1° de l'article 8 du code général des impôts, propriétaire du logement. Un décret fixe le seuil de prise en compte de la part de propriété, qui ne peut excéder un cinquantième, et celui de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes, qui ne peut excéder 50 % . »

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 est ainsi rédigé :

« L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un pacte civil de solidarité, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement ou sont titulaires de parts sociales dans une société, telle que définie au 1° de l'article 8 du code général des impôts, propriétaire du logement. Un décret fixe le seuil de prise en compte de la part de propriété, qui ne peut excéder un cinquantième, et celui de prise en compte de la part dans les sociétés de personnes, qui ne peut excéder 50 % . » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 831-1 est ainsi rédigé :

« Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 du présent code est applicable à l'allocation de logement sociale. »

« L'aide ...

... logement, personnellement ou par l'intermédiaire de parts sociales de sociétés, quelles que soient leurs formes et leurs objets. Par dérogation, cette aide peut être versée si l'ensemble des parts de propriété et d'usufruit du logement ainsi détenues est inférieur à des seuils fixés par décret. Ces seuils ne peuvent excéder 20 % . »

II. – Alinéa sans modification

1° Non modifié

« L'allocation ...

... logement, personnellement ou par l'intermédiaire de parts sociales de sociétés, quelles que soient leurs formes et leurs objets. Par dérogation, cette aide peut être versée si l'ensemble des parts de propriété et d'usufruit du logement ainsi détenues est inférieur à des seuils fixés par décret. Ces seuils ne peuvent excéder 20 % . » ;

2° Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 68

I. – Le code pénal est ainsi modifié :

1° Après le 4° de l'article 313-2, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Au préjudice d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public, pour l'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu. » ;

2° Le second alinéa de l'article 441-6 est ainsi rédigé :

« Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu. »

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

1° L'article L. 114-13 est abrogé ;

1° bis L'article L. 114-16-2 est ainsi modifié :

a) Au troisième alinéa, les références : « L. 114-13, L. 162-36, » sont supprimées ;

b) Le début du quatrième alinéa est ainsi rédigé : « – l'article L. 351-1 du code... (le reste sans changement). » ;

c) Au cinquième alinéa, la référence : « , L. 351-13 » est supprimée ;

d) L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 68

(Sans modification)

Propositions de la Commission

Article 68

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° Le dernier alinéa de l'article L. 162-36 est supprimé ;

3° À l'article L. 382-29, la référence : « L. 114-13, » est supprimée ;

4° À l'article L. 481-2, les mots : « pénalités prévues à l'article L. 114-13 et des peines plus élevées résultant d'autres lois pénales s'il y échet » sont remplacés par les mots : « sanctions pénales encourues » ;

5° Le deuxième alinéa de l'article L. 583-3 est ainsi rédigé :

« Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application du premier alinéa du présent article exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17. » ;

5° bis À l'article L. 612-10, la référence : « , L. 114-13 » est supprimée ;

6° À l'article L. 623-1, la référence : « , L. 114-13 » est supprimée ;

7° Au quatrième alinéa de l'article L. 821-5, la référence : « L. 114-13, » est supprimée ;

8° Le deuxième alinéa de l'article L. 831-7 est ainsi rédigé :

« Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application du premier alinéa du présent article exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. »

III. – Le chapitre I^{er} du titre V du livre III du code de la construction et de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

l'habitation est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 351-12 est ainsi rédigé :

« Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application du premier alinéa du présent article exposent le bénéficiaire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 351-13 est abrogé.

IV. – Aux articles L. 751-40 et L. 752-28 du code rural et de la pêche maritime, la référence : « L. 114-13, » est supprimée.

V. – Les articles L. 232-27 et L. 262-50 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés.

VI. – La cinquième partie du code du travail est ainsi modifiée :

1° L'article L. 5124-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 5124-1. – Sauf constitution éventuelle du délit d'escroquerie, défini et sanctionné à l'article 313-1, au 5° de l'article 313-2 et à l'article 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 du présent code est puni des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations est puni de la même peine. » ;

2° L'article L. 5429-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 5429-1. – Sauf constitution éventuelle du délit d'escroquerie défini et sanctionné à l'article 313-1, au 5° de l'article 313-2 et à l'article 313-3 du code pénal, le fait de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

bénéficiaire ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations d'aide aux travailleurs privés d'emploi définies au présent livre, y compris la prime forfaitaire instituée par l'article L. 5425-3 du présent code, est puni des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations et cette prime est puni de la même peine. » ;

3° À la fin de l'article L. 5413-1, les mots : « d'une amende de 3 750 euros » sont remplacés par les mots : « des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal » ;

4° L'article L. 5429-3 est abrogé.

VII. – Le début du dernier alinéa de l'article 10-1 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité territoriale de Mayotte est ainsi rédigé : « L'article L. 581-1 du code de la sécurité sociale est applicable à... (le reste sans changement). »

VIII. – L'article 20-10 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi rédigé :

« Art. 20-10. – Sans préjudice des sanctions pénales encourues, le chapitre VII du titre VII du livre III du code de la sécurité sociale est applicable aux prestations instituées par la présente section. »

IX. – L'article 1^{er} de la loi du 27 septembre 1941 relative aux déclarations inexactes des créanciers de l'État ou des collectivités publiques est abrogé.

X. – Le II de l'article 22 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

**Texte adopté par l'Assemblée
nationale en première lecture**

—

diverses dispositions d'ordre
économique et financier est abrogé.

**Texte adopté par l'Assemblée
nationale en nouvelle lecture**

—

Propositions de la Commission

—

RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

ANNEXE A

ANNEXE A

ANNEXE A

Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2012, des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés pour l'exercice 2012

Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2012, des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés pour l'exercice 2012

Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2012, des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés pour l'exercice 2012

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2012

(Sans modification)

(Sans modification)

(en milliards d'euros)

ACTIF	2012	2011
IMMOBILISATIONS	6,8	6,8
Immobilisations non financières.....	4,1	4,0
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,8	1,9
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie, unions immobilières des organismes de sécurité sociale)	0,9	0,9
ACTIF FINANCIER	57,7	58,9
Valeurs mobilières et titres de placement	46,8	45,1
Autres régimes	7,3	6,9
CADES	5,6	5,3
FRR	33,8	32,9
Encours bancaire	10,4	13,7
Régime général	2,6	1,3
Autres régimes	1,5	1,2
FSV	0,8	0,3
CADES	3,0	8,4
FRR	2,4	2,3

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Créances nettes au titre des instruments financiers	0,6	0,1
CADES	0,2	0,1
FRR	0,3	0,0
ACTIF CIRCULANT	64,0	65,4
Créances sur prestations	7,4	7,3
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	9,4	7,9
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale	35,4	35,5
Créances sur l'État et autres entités publiques	8,4	8,9
Produits à recevoir de l'État	0,6	0,4
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régularisation)	2,9	5,5
TOTAL DE L'ACTIF	128,5	131,0

(en milliards d'euros)

PASSIF	2012	2011
CAPITAUX PROPRES	-107,2	-100,6
Dotations	32,8	32,9
Régime général	0,5	0,5
Autres régimes	4,0	3,8
Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	28,1	28,3
Réserves	9,1	11,3
Régime général	2,5	2,6
Autres régimes	5,7	6,3
FRR	0,9	2,4
Report à nouveau	-145,8	-134,6
Régime général	4,1	-4,9
Autres régimes	-1,5	-0,1
CADES	-148,3	-139,4
Résultat de l'exercice	-5,9	-10,7
Régime général	-13,3	-17,4
Autres régimes	-1,7	-1,9
FSV	-4,1	-3,4
CADES	11,9	11,7
FRR	1,3	0,3
Autres	2,5	0,6
FRR	2,4	0,5
Régime général / autres régimes	0,1	0,1
PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	19,9	17,9
PASSIF FINANCIER	173,9	170,1

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, euro commercial papers)	162,3	162,6
Régime général	16,9	5,6
CADES	145,4	156,9
Dettes à l'égard d'établissements de crédits	7,4	3,7
Régime général (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	4,0	1,4
Autres régimes (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	2,3	1,3
CADES	1,0	1,0
Dépôts	2,2	0,2
Régime général	2,2	0,2
Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,1
FRR	0,0	0,1
Autres	2,1	3,5
Autres régimes	0,1	0,1
CADES	2,0	3,4
PASSIF CIRCULANT	42,0	43,7
Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	19,8	22,3
Dettes à l'égard des cotisants	1,3	1,2
Dettes et CAP à l'égard de l'État et autres entités publiques	8,5	9,7
Autres passifs (crédeurs divers, comptes d'attente et de régularisation), dont soultte des industries électriques et gazières	12,4	10,5
TOTAL DU PASSIF	128,5	131,0

Sur le champ de l'ensemble des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, s'élevait à 107,2 milliards d'euros au 31 décembre 2012, soit l'équivalent de 5,3 points de produit intérieur brut (PIB) (+0,3 point par rapport à 2011). Ce passif net a augmenté de 6,6 milliards d'euros par rapport à celui constaté au 31 décembre 2011 (100,6 milliards d'euros) en raison essentiellement des déficits des régimes et du FSV pour l'année 2012 (soit 19,1 milliards d'euros), minorés de l'amortissement de la dette portée par la

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

CADES (11,9 milliards d'euros), dont une partie (2,1 milliards d'euros) correspond à la mobilisation des réserves du FRR.

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (57,7 milliards d'euros, dont environ 63 % par le FRR et 15 % par la CADES dans le cadre de sa stratégie d'endettement à fin 2012), du besoin en fonds de roulement lié aux actifs et passifs circulants (22,0 milliards d'euros) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 173,9 milliards d'euros au 31 décembre 2012 (contre 170,1 milliards d'euros au 31 décembre 2011).

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

II. – Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2012

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 13,3 milliards d'euros en 2012. La branche Maladie a ainsi enregistré un déficit de 5,9 milliards d'euros, la branche Vieillesse un déficit de 4,8 milliards d'euros, la branche Famille un déficit de 2,5 milliards d'euros et la branche Accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,2 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 4,1 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches Maladie et Famille du régime général et, au cours de l'année 2012, des déficits 2011 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV. Conformément aux dispositions organiques, la caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles hors branche Retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires, des ministres des cultes et des marins), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État), équilibrés par ces derniers, et enfin du régime social des indépendants, dont les déficits sont couverts par une affectation à due proportion du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant par de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2012 des résultats déficitaires.

S'agissant de la branche Retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'est élevé à 1,0 milliard d'euros (contre 1,2 milliard d'euros en 2011). La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) finance ces déficits par le recours à des emprunts bancaires.

Concernant la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), devenue structurellement déficitaire en 2010, le déficit s'est sensiblement réduit en 2012 (14 millions d'euros, après 0,4 milliard d'euros en 2011 et 0,5 milliard d'euros en 2010) compte tenu du prélèvement exceptionnel de 450 millions d'euros sur les réserves du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales et de 240 millions d'euros sur les réserves du Fonds de compensation des cessations progressives d'activité prévu par la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Afin de rétablir l'équilibre financier du régime, la loi a également prévu une augmentation

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

des taux de cotisations en 2013 et 2014.

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 39 millions d'euros en 2012, après 186 millions d'euros en 2011, sous l'effet de la poursuite du programme de cessions immobilières engagé par la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines. Il a été couvert dans le cadre d'emprunts à court terme effectués auprès de la Caisse des dépôts et consignations et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale..

S'agissant de la Caisse nationale des industries électriques et gazières, le déficit s'est élevé à 91 millions d'euros en 2012 (après 46 millions d'euros en 2011). Compte tenu de l'épuisement des réserves antérieurement constituées, une augmentation des ressources du régime est intervenue en 2013 dans le cadre de la loi de financement pour cette même année.

Le déficit du régime vieillesse de base des professions libérales est passé de 74 millions d'euros en 2011 à 103 millions d'euros en 2012 ; en réponse à ce déséquilibre, une hausse des taux de cotisation en 2013, puis en 2014, a été prévue.

ANNEXE B

Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) sur la période 2014-2017. À l'issue de cette période, l'objectif du Gouvernement est

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

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

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

ANNEXE B

Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

le retour à l'équilibre de l'ensemble des comptes publics et particulièrement de ceux des administrations de sécurité sociale (hors Caisse d'amortissement de la dette sociale et Fonds de réserve des retraites). Cette trajectoire de retour à l'équilibre devrait être atteinte au moyen de réformes ambitieuses sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale. Ainsi, la réforme des retraites et celle de la branche Famille devraient permettre de préserver le haut niveau de protection de notre système d'assurance sociale en assurant sa viabilité financière à moyen et à long termes. Ces deux réformes d'ampleur s'accompagnent de l'adoption d'un objectif ambitieux de maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie avec, comme cible, une évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 2,4 % dès 2014.

Dans un contexte économique en redressement mais encore marqué par les conséquences de la crise économique (I), la stratégie de retour à l'équilibre repose ainsi sur un effort renouvelé de maîtrise des dépenses sociales porté par des réformes d'ampleur sur l'ensemble des branches (II), dans un souci de modération de la pression fiscale et sociale sur les entreprises et les ménages (III).

I. – Un environnement économique en redressement, mais encore marqué par les conséquences de la crise économique

Les hypothèses macro-économiques retenues dans la construction des projections jointes à la présente annexe retiennent pour 2013 une prévision de croissance de 1,3 % en valeur de la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources de la sécurité sociale. L'année 2014 serait plus favorable, avec une progression de la masse salariale du secteur privé de 2,2 %, qui s'établirait à 3,5 % en 2015 et se stabiliserait à 4,0 % en 2016. Elle retrouverait ainsi le rythme moyen d'évolution constaté entre 1998 et 2007 (+4,1 %).

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Dans un contexte économique en voie de redressement ...

... ménages
(III).

I. – Un environnement économique en voie de redressement, ...
... économique

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Cette progression de la masse salariale accompagnerait l'augmentation progressive du taux de croissance du PIB en volume, qui, après avoir été atone en 2012 et 2013, est remonté à 0,9 % en 2014 et devrait atteindre 1,7 % en 2015.

Hypothèses retenues dans la projection pluriannuelle :

	2013	2014	2015	2016	2017
PIB (volume)	0,1 %	0,9 %	1,7 %	2,0 %	2,0 %
Masse salariale privée	1,3 %	2,2 %	3,5 %	4,0 %	4,0 %
ONDAM	2,8 %	2,4 %	2,4 %	2,4 %	2,4 %
Inflation	0,80 %	1,30 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %

(inflation hors tabac)

Par ailleurs, les prévisions économiques sous-jacentes au projet de loi de financement de la sécurité sociale et au projet de loi de finances font désormais l'objet d'un avis du Haut Conseil des finances publiques. Ce dernier, instauré en 2012 par la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, se prononce en effet sur la sincérité des prévisions macroéconomiques ainsi que sur la cohérence de la programmation envisagée au regard de l'objectif à moyen terme et des engagements européens.

Les réformes ambitieuses menées cette année permettront d'accélérer le redressement des comptes des régimes de sécurité sociale. Ainsi, le déficit du régime général et du FSV s'établirait à 4,0 milliards d'euros en 2017, en très nette amélioration par rapport aux 17,5 milliards d'euros de déficit constatés en 2012. Le redressement de la branche Vieillesse (Caisse nationale des allocations familiales [CNAF] et FSV) devrait être particulièrement marqué, avec un déficit qui s'établirait à 1,4 milliard d'euros en 2017 contre 8,9 milliards d'euros en 2012. Les branches Maladie et Famille devraient également être en très net

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Non modifié

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

redressement.

Les mesures ainsi proposées correspondent à un effort structurel, au sens de l'article 1^{er} de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 précitée, qui s'élève en 2014 à 0,4 point de PIB pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Du fait du schéma de reprise de dette mis en place en 2010 et adapté par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'ensemble des déficits de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et du FSV sur la période pourront être transférés à la CADES afin qu'ils soient amortis. Il en sera de même pour les déficits de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés constatés sur la période 2012-2014 et pour les déficits de la CNAF constatés sur la période 2012-2013. Ces opérations permettront d'éviter un accroissement non maîtrisé des besoins de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Au final, compte tenu de la capacité d'amortissement de la CADES, la dette globale de la sécurité sociale devrait diminuer à partir de l'exercice 2016.

II. – Des réformes d'ampleur sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale

La réforme des retraites et celle de la branche Famille posent les bases d'une trajectoire crédible de retour à l'équilibre.

Les mesures affectant les comptes de la branche Famille visent à recentrer les prestations sur les publics les plus fragiles, dans un objectif de justice. L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant sera diminuée pour les familles dont les ressources dépassent un certain plafond. Le montant de l'allocation de base ne sera pas revalorisé jusqu'à ce que son montant soit égal à celui du complément familial. Par ailleurs, le montant du

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Alinéa sans modification

Du fait ...

amortis. ... afin d'être

... 2016.

II. – Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

complément de libre choix d'activité sera uniformisé pour toutes les familles, la majoration qui s'adressait aux familles les plus aisées étant supprimée.

Afin de réduire la pauvreté des enfants et des familles, le complément familial sera progressivement majoré de 50 % pour les familles nombreuses vivant sous le seuil de pauvreté, une première majoration intervenant à compter du 1^{er} avril 2014. L'allocation de soutien familial, à destination des parents isolés, sera également progressivement revalorisée de 25 %. Au titre de la solidarité, le plafond de l'avantage fiscal lié à la présence d'enfants à charge dans le foyer sera, à l'inverse, ramené de 2 000 à 1 500 € par demi-part et le rendement de cette mesure sera affecté dès 2014 à la branche Famille. Enfin, la réduction d'impôt pour frais de scolarité sera supprimée et l'économie réalisée sera affectée à la CNAF à compter de 2015.

Au terme de ces réformes, le solde de la branche Famille devrait connaître une amélioration substantielle et s'établirait à -1 milliard d'euros en 2017 contre -2,8 milliards d'euros en 2013.

La réforme des retraites vise, quant à elle, à assurer l'équilibre des régimes de retraite de base à l'horizon 2020 et à maintenir cet équilibre à l'horizon 2040, conformément aux recommandations de la commission sur l'avenir des retraites. Les mesures assurant l'équilibre d'ici 2020 concerneront les retraités, les actifs et les employeurs.

Les cotisations des actifs et des entreprises aux différents régimes de base seront augmentées dans la même proportion, de façon mesurée, selon des modalités fixées par décret. La hausse sera progressive sur quatre ans : 0,15 point pour les actifs et les employeurs en 2014, puis 0,05 point pour les trois années suivantes. À terme, en 2017, l'accroissement aura été de 0,3 point pour les actifs et

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Afin de ...

... Famille.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

de 0,3 point pour les employeurs.

La contribution des retraités reposera, quant à elle, sur deux mesures : l'inclusion des majorations de pension des retraités ayant élevé trois enfants ou plus dans l'assiette de l'impôt sur le revenu et le décalage de six mois de la revalorisation des pensions prévue à l'article 4 du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, à l'exception du minimum vieillesse, la revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées étant maintenue au 1^{er} avril de chaque année.

Ces mesures de redressement à court terme s'accompagneront d'une mesure permettant de faire face au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie, en proposant une évolution progressive de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein

Un dispositif de pilotage sera également mis en place : le Conseil d'orientation des retraites réalisera chaque année, à partir des indicateurs retenus, un bilan public sur le système de retraite ; le Comité de suivi des retraites rendra pour sa part un avis annuel et l'assortira de recommandations publiques en cas d'écart significatifs à la trajectoire de retour à l'équilibre. Il formulera, le cas échéant, des recommandations sur les mesures à prendre et le Gouvernement, après consultation des partenaires sociaux, prendra ou proposera au Parlement les mesures de redressement.

Par ailleurs, le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites vise parallèlement à améliorer les droits à la retraite de publics fragiles. À compter du 1^{er} janvier 2014, les modalités de validation d'un trimestre seront en effet assouplies et il sera possible de valider un trimestre avec 150 heures de cotisations au niveau du SMIC (contre 200 aujourd'hui). Cette mesure permettra de valider des trimestres pour les salariés à temps partiel de faible

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Un ...

... significatifs par rapport à la trajectoire ...

... redressement.

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

durée, les femmes notamment, qui verront, par ailleurs, mieux pris en compte les trimestres d'interruption au titre du congé maternité. En effet, à compter du 1^{er} janvier 2014, tous les trimestres de congé maternité seront réputés cotisés. De même, des mesures spécifiques bénéficieront aux jeunes apprentis et en alternance, ainsi qu'aux personnes ayant eu des carrières heurtées.

Enfin, une avancée significative en matière de droits sociaux est prévue avec la création dès 2015 d'un compte personnel de prévention de la pénibilité. Ce dispositif sera financé par une cotisation des employeurs : une cotisation minimale de toutes les entreprises et une cotisation de chaque entreprise tenant compte de la pénibilité qui lui est propre. Il permettra aux salariés de cumuler des points en fonction de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de pénibilité et de les utiliser pour des actions de formation ou de maintien de rémunération lors d'un passage à temps partiel ou pour financer une majoration de durée d'assurance.

À l'issue de cette réforme, le déficit de la CNAV et du FSV devrait atteindre 1,4 milliard d'euros en 2017, l'équilibre étant atteint en 2020.

La fixation d'un taux de progression de l'ONDAM à 2,4 % en 2014 représente enfin un effort très important de maîtrise des dépenses de santé et constitue un objectif plus ambitieux que celui retenu à la fois dans la loi de programmation des finances publiques votée en 2013 et dans l'annexe pluriannuelle de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (taux de progression de 2,6 % pour 2014).

Le respect de cet objectif passe par un effort qui se décline autour de deux axes : le déploiement de la stratégie nationale de santé (SNS) et la poursuite des efforts de maîtrise des dépenses de santé.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Le déploiement de la SNS doit ainsi permettre d'améliorer l'organisation des soins et de renforcer son efficacité. C'est en ce sens que se poursuivra le développement de la chirurgie ambulatoire et des actes de télé-médecine. La mise en œuvre de la SNS passe également par le développement de nouveaux modes de tarification adaptés à une approche reposant sur le parcours de soins (mesures concernant en particulier la radiothérapie et l'insuffisance rénale chronique). Les mesures inscrites dans la présente loi permettront également de poser les premiers jalons d'une évolution en profondeur de la tarification à l'activité. Enfin, des mesures spécifiques favoriseront une meilleure organisation des soins de proximité, initiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, en étendant le soutien aux structures pluriprofessionnelles et en sécurisant le financement des coopérations entre professionnels de santé.

Le deuxième axe comprend la poursuite des actions de maîtrise des dépenses liées aux produits de santé, tant en ville qu'en établissements de santé. Ces actions consistent à la fois en des baisses de prix négociées par le Comité économique des produits de santé et en un meilleur contrôle des volumes (maintien d'un taux très élevé de substitution des génériques, développement d'une liste de référence des médicaments biosimilaires, modernisation et simplification des mécanismes contractuels de régulation des médicaments inscrits sur la liste en sus...). Les efforts de maîtrise médicalisée seront poursuivis avec des objectifs ambitieux et, conformément aux préconisations de la Cour des comptes, des baisses de prix ciblées permettront, en outre, de réguler la dépense de certains soins de ville (radiologie et biologie).

Enfin, un sous-objectif supplémentaire sera créé, qui rassemblera les dépenses d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional, donnant ainsi sa pleine visibilité à un instrument qui, par la souplesse de gestion de ses crédits

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

qu'il confère aux agences régionales de santé, est essentiel au pilotage efficient des dépenses de santé.

III. – Cet effort de redressement sera accompagné d'un apport modéré de nouvelles recettes.

Cet effort sur la dépense de l'ensemble des branches de la sécurité sociale sera complété par un apport, qui restera toutefois modéré, de nouvelles recettes. En effet, les gains fiscaux attendus de la réforme du mode de calcul du quotient familial et de la fiscalisation de la participation des employeurs au financement des contrats collectifs relatifs à la protection complémentaire contribueront au redressement des comptes de la sécurité sociale dès 2014. Le projet de loi de finances prévoit donc l'affectation de produits de TVA à due concurrence au régime général. Par ailleurs, la branche Vieillesse sera affectataire, dès 2015, des gains attendus de la fiscalisation des majorations de pension pour enfants, qui sont estimés à 1,2 milliard d'euros.

Une mesure de rationalisation du cadre de gestion des prélèvements sociaux sur les produits de placement, proposée dans le cadre de la présente loi, devrait par ailleurs générer des recettes supplémentaires.

Enfin, la réaffectation de ces recettes au sein de la sphère sociale est l'occasion de rationaliser les modalités de financement, en s'appuyant notamment sur les recommandations formulées par le Haut Conseil du financement de la protection sociale. Ainsi, la CNAF recevra un panier de recettes comportant de la contribution sociale généralisée (CSG), les contributions sur les jeux, ainsi qu'une part de la taxe sur les véhicules de sociétés. Pour sa part, le forfait social sera recentré sur la branche Vieillesse et la CNAM recevra une part élevée des prélèvements sur les revenus du capital. Les taux de CSG feront, pour leur part, l'objet d'une harmonisation.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

III. – Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Recettes, dépenses et soldes du régime général

Alinéa sans modification

(en milliards d'euros)

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								
Recettes	141,8	148,0	154,9	157,5	163,7	168,8	174,6	180,5
Dépenses	153,4	156,6	160,8	165,2	169,9	174,2	178,6	183,1
Solde	-11,6	-8,6	-5,9	-7,7	-6,2	-5,4	-4,0	-2,6
AT/MP								
Recettes	10,5	11,3	11,5	11,8	12,1	12,5	13,0	13,5
Dépenses	11,2	11,6	11,7	11,5	12,0	12,1	12,3	12,5
Solde	-0,7	-0,2	-0,2	0,3	0,1	0,4	0,6	0,9
Famille								
Recettes	49,9	51,9	53,8	54,8	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	52,6	54,5	56,3	57,6	60,6	62,0	63,1	
Solde	-2,7	-2,6	-2,5	-2,8	-2,3	-1,9	-1,6	-1,0
Vieillesse								
Recettes	93,4	100,5	105,4	111,3	116,0	120,4	125,5	130,1
Dépenses	102,3	106,5	110,2	114,6	117,2	121,0	125,5	129,5
Solde	-8,9	-6,0	-4,8	-3,3	-1,2	-0,6	0,1	0,6
Toutes branches consolidées								
Recettes	285,6	300,8	314,0	323,5	336,6	348,0	360,7	373,0
Dépenses	309,6	318,2	327,3	337,0	346,2	355,6	365,6	375,0
Solde	-23,9	-17,4	-13,3	-13,5	-9,6	-7,6	-4,9	-2,1

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								
Recettes	141,8	148,0	154,9	157,5	163,8	169,1	174,8	180,7
Dépenses	153,4	156,6	160,8	165,1	169,8	174,2	178,6	183,1
Solde	-11,6	-8,6	-5,9	-7,6	-6,0	-5,1	-3,8	-2,4
AT/MP								
Recettes	10,5	11,3	11,5	11,8	12,1	12,5	13,0	13,5
Dépenses	11,2	11,6	11,7	11,5	12,0	12,1	12,3	12,5
Solde	-0,7	-0,2	-0,2	0,3	0,1	0,4	0,6	1,0
Famille								
Recettes	49,9	51,9	53,8	54,8	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	52,6	54,5	56,3	57,6	59,2	60,6	62,0	63,1
Solde	-2,7	-2,6	-2,5	-2,8	-2,3	-1,9	-1,6	-1,0
Vieillesse								
Recettes	93,4	100,5	105,4	111,3	116,0	120,5	125,5	130,1
Dépenses	102,3	106,5	110,2	114,6	117,2	121,0	125,5	129,5
Solde	-8,9	-6,0	-4,8	-3,3	-1,2	-0,5	0,1	0,6
Toutes branches consolidées								
Recettes	285,6	300,8	314,0	323,5	336,6	348,4	361,0	373,2
Dépenses	309,6	318,2	327,3	336,9	346,1	355,6	365,6	375,0
Solde	-23,9	-17,4	-13,3	-13,3	-9,5	-7,2	-4,7	-1,8

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

Alinéa sans modification

(en milliards d'euros)

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								
Recettes	164,8	171,7	178,8	181,7	188,0	193,4	199,6	206,1
Dépenses	176,2	180,3	184,7	189,5	194,1	198,8	203,7	208,7
Solde	-11,4	-8,5	-5,9	-7,8	-6,2	-5,5	-4,1	-2,7
AT/MP								
Recettes	11,9	12,8	13,1	13,2	13,5	13,9	14,4	14,9
Dépenses	12,6	13,0	13,7	12,9	13,3	13,5	13,7	13,9
Solde	-0,7	-0,1	-0,6	0,4	0,1	0,4	0,7	1,0
Famille								
Recettes	50,4	52,3	54,1	55,2	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	53,0	54,9	56,6	58,0	59,2	60,6	62,0	63,1
Solde	-2,7	-2,6	-2,5	-2,8	-2,3	-1,9	-1,6	-1,0
Vieillesse								
Recettes	183,3	194,6	203,4	212,1	219,4	226,3	234,1	241,3
Dépenses	194,1	202,4	209,5	216,2	221,0	227,4	234,9	242,0
Solde	-10,8	-7,9	-6,1	-4,1	-1,6	-1,1	-0,8	-0,6
Toutes branches consolidées								
Recettes	399,5	419,4	436,3	449,4	464,7	478,8	494,8	510,3
Dépenses	425,0	438,5	451,4	463,7	474,6	486,9	500,6	513,6
Solde	-25,5	-19,1	-15,1	-14,3	-10,9	-8,1	-5,8	-3,3

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								
Recettes	164,8	171,7	178,8	181,7	188,0	193,7	199,9	206,3
Dépenses	176,2	180,3	184,7	189,4	194,0	198,9	203,7	208,7
Solde	-11,4	-8,5	-5,9	-7,7	-6,0	-5,2	-3,9	-2,4
AT/MP								
Recettes	11,9	12,8	13,1	13,2	13,5	13,9	14,4	14,9
Dépenses	12,6	13,0	13,7	12,9	13,3	13,5	13,7	13,9
Solde	-0,7	-0,1	-0,6	0,4	0,2	0,4	0,7	1,0
Famille								
Recettes	50,4	52,3	54,1	55,2	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	53,0	54,9	56,6	58,0	59,2	60,6	62,0	63,1
Solde	-2,7	-2,6	-2,5	-2,8	-2,3	-1,9	-1,6	-1,0
Vieillesse								
Recettes	183,3	194,6	203,4	212,1	219,4	226,3	234,1	241,4
Dépenses	194,1	202,4	209,5	216,2	221,0	227,4	234,9	242,0
Solde	-10,8	-7,9	-6,1	-4,1	-1,7	-1,1	-0,8	-0,6
Toutes branches consolidées								
Recettes	399,5	419,4	436,3	449,4	464,6	479,2	495,0	510,6
Dépenses	425,0	438,5	451,4	463,6	474,5	486,9	500,6	513,6
Solde	-25,5	-19,1	-15,1	-14,2	-9,8	-7,7	-5,5	-3,0

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

Alinéa sans modification

(en milliards d'euros)

Alinéa sans modification

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	9,8	14,0	14,7	16,9	17,2	17,5	17,9	18,4
Dépenses	13,8	17,5	18,9	19,7	20,4	20,5	20,5	20,4
Solde	-4,1	-3,4	-4,1	-2,7	-3,2	-3,1	-2,6	-2,0

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	9,8	14,0	14,7	16,9	17,0	17,5	17,9	18,4
Dépenses	13,8	17,5	18,9	19,7	20,4	20,5	20,5	20,4
Solde	-4,1	-3,4	-4,1	-2,7	-3,4	-3,1	-2,6	-2,0

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

ANNEXE C

État des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général ainsi que des recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement de ces régimes

I. – Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2014 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base
Cotisations effectives	85,0	122,0	35,1	12,5	252,8
Cotisations prises en charge par l'État	1,6	1,3	0,5	0,0	3,5
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,0	0,0	0,3	38,9
Contribution sociale généralisée	64,2	0,0	10,8	0,0	74,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,2	19,1	9,6	0,1	61,0
Transferts	1,4	38,4	0,4	0,1	29,3
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	2,9	0,2	0,5	0,3	4,2
Recettes	188,0	219,4	56,9	13,5	464,7

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

ANNEXE C

État des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général ainsi que des recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement de ces régimes

I. – Alinéa sans modification

Exercice 2014 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base
Cotisations effectives	85,0	121,9	35,1	12,5	252,7
Cotisations prises en charge par l'État	1,6	1,3	0,5	0,0	3,5
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,0	0,0	0,3	38,9
Contribution sociale généralisée	64,2	0,0	10,8	0,0	74,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,2	19,1	9,6	0,1	61,1
Transferts	1,4	38,4	0,4	0,1	29,3
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	2,9	0,5	0,5	0,3	4,2
Recettes	188,0	219,4	56,9	13,5	464,6

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

ANNEXE C

État des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général ainsi que des recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement de ces régimes

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

II. – Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

Exercice 2014 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régime général
Cotisations effectives	75,7	72,5	35,1	11,6	193,1
Cotisations prises en charge par l'État	1,3	1,0	0,5	0,0	2,8
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	55,7	0,0	10,8	0,0	66,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	25,4	13,1	9,6	0,1	48,1
Transferts	3,1	29,2	0,4	0,0	22,6
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,6	0,2	0,5	0,3	3,7
Recettes	163,7	116,0	56,9	12,1	336,6

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

III. – Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2014 (en milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	11,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,0
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

II. – Alinéa sans modification

Exercice 2014 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régime général
Cotisations effectives	75,7	72,5	35,1	11,6	193,1
Cotisations prises en charge par l'État	1,3	1,0	0,5	0,0	2,8
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	55,7	0,0	10,8	0,0	66,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	25,4	13,0	9,6	0,1	48,1
Transferts	3,1	29,2	0,4	0,0	22,6
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,6	0,2	0,5	0,3	3,7
Recettes	163,8	116,0	56,9	12,1	336,6

Alinéa sans modification

III. – Alinéa sans modification

Exercice 2014 (en milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	11,1
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,0
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0

Propositions de la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Propositions de la Commission

Autres produits	0,0
Total	17,2

Autres produits	0,0
Total	17,0