

N° 83

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 5 novembre 2014

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, de **financement de la sécurité sociale pour 2015**,*

Par MM. Jean-Marie VANLERENBERGHE, René-Paul SAVARY, Mme Caroline CAYEUX, MM. Gérard ROCHE et Gérard DÉRIOT,  
Sénateurs.

Tome VIII :  
Tableau comparatif

---

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Elisabeth Doineau, *secrétaires* ; MM. Michel Amiel, Claude Bérit-Débat, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Campion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, MM. Claude Dilain, Jérôme Durain, Jean-Yves Dusserre, Mme Anne Emery-Dumas, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mme Françoise Gatel, M. Bruno Gilles, Mme Pascale Gruny, M. Claude Haut, Mme Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoine, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouleau, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Louis Pinton, Mme Catherine Procaccia, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin.

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (14<sup>ème</sup> législ.) : 2252, 2298, 2303 et T.A. 414

Sénat : 78 et 84 (2014-2015)



## TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	<b>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015</b>	<b>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015</b>	<b>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015</b>
	<b>PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013</b>	<b>PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013</b>	<b>PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013</b>
	<b>Article 1<sup>er</sup></b>	<b>Article 1<sup>er</sup></b>	<b>Article 1<sup>er</sup></b>
	1° Cf. Annexe 1	<i>(Sans modification)</i>	<i>(Sans modification)</i>
	2° Cf. Annexe 1		
	3° Cf. Annexe 1		
	4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 173,8 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 0,1 milliard d'euros ;		
	7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 12,4 milliards d'euros.		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	<p align="center"><b>Article 2</b></p> <p>Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2013, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2013 figurant à l'article 1<sup>er</sup>.</p>	<p align="center"><b>Article 2</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>	<p align="center"><b>Article 2</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
<b>Code de la sécurité sociale</b>	<p align="center"><b>DEUXIÈME PARTIE</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014</b></p>	<p align="center"><b>DEUXIÈME PARTIE</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014</b></p>	<p align="center"><b>DEUXIÈME PARTIE</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014</b></p>
<p align="center">Livres I<sup>er</sup> Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p align="center">Titre III Dispositions communes relatives au financement</p> <p align="center">Chapitre VIII Contributions à la charge des entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique</p>	<p align="center"><b>Article 3</b></p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> est complété par une section 3 ainsi rédigée :</p> <p align="center">« Section 3 « Contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C</p>	<p align="center"><b>Article 3</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p align="center">Division et intitulé sans modification</p>	<p align="center"><b>Article 3</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p align="center">Division et intitulé sans modification</p>

**Texte en vigueur**

—

**Texte du projet de loi**

—

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

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

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

—

« Art. L. 138-19-1 – Non modifié

**Propositions de la commission**

—

« Art. L. 138-19-1 – Non modifié

**Texte en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la  
commission**

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

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

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

**Cf. Annexe 1**

« Art. L. 138-19-2. – Alinéa sans modification

« Pour ...

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

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

« Art. L. 138-19-3. – Non modifié

« Art. L. 138-19-2. – Non modifié

« Art. L. 138-19-3. – Non modifié

**Texte en vigueur**

—

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la  
commission**

—

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

« Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

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

« Art L. 138-19-4. – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments de la liste mentionnée au

« Art L. 138-19-4. – Non modifié

« Art. L. 138-19-4. – Les entreprises ...

**Texte en vigueur**

—

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la  
commission**

—

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

... prévoyant le versement de remises à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

**Texte en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la  
commission**

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

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

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

« Art. L. 138-19-5. –  
Alinéa sans modification

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

« Les entreprises exploitant les médicaments de la liste précitée bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.

« Les remises mentionnées aux premier et deuxième alinéas sont déduites du montant de la contribution. Une entreprise signataire d'un accord mentionné aux premier et deuxième alinéas du présent article est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 90 % du montant dont elle serait redevable au titre de la contribution.»

« Art. L. 138-19-5. –  
Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	<p>même article.</p> <p>« La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.</p> <p>« En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.</p> <p>« Art. L. 138-19-6. – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1<sup>er</sup> avril suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p> <p>« Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l'article L. 162-18.</p> <p>« Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un</p>	<p>lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 138-19-6. – Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-19-6. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014</p> <p>Art. 63. – II. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des</p>	<p>des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 31 janvier de l'année suivante.</p> <p>« Art. L. 138-19-7. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;</p> <p>2° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, après la référence : « L. 138-10 », est insérée la référence : « L. 138-19-1, ».</p> <p>II. – Le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 450 millions d'euros.</p> <p>III. – Le présent article s'applique pour les années 2014 à 2016. Le Parlement est saisi par le Gouvernement, avant le 15 octobre 2016, d'un rapport d'évaluation.</p>	<p>« Art. L. 138-19-7. – Non modifié</p> <p>2° Non modifié</p> <p>II. – Pour l'année 2014, le montant W ...</p> <p>... euros.</p> <p>III. – Le ...</p> <p>... 2014, 2015 et 2016. Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 15 octobre 2016, un rapport d'évaluation du présent article.</p>	<p>« Art. L. 138-19-7. – Non modifié</p> <p>2° Non modifié</p> <p>II. – Non modifié</p> <p>III. – Non modifié</p>
<p><b>Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014</b></p>	<p><b>Article 4</b></p>	<p><b>Article 4</b></p>	<p><b>Article 4</b></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 138 millions d'euros pour l'année 2014.	<p>Au II de l'article 63 de la loi n° 2013-1203 du 17 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, le nombre : « 138 » est remplacé par le nombre : « 118 ».</p>	<i>(Sans modification)</i>	<i>(Sans modification)</i>
	<b>Article 5</b>	<b>Article 5</b>	<b>Article 5</b>
	I. – Au titre de l'année 2014, sont rectifiés :	I. – Alinéa sans modification	I. – Non modifié
	1° Cf. <b>Annexe 1</b>	1° Non modifié	
	2° Cf. <b>Annexe 1</b>	2° Non modifié	
	3° Cf. <b>Annexe 1</b>	3° Non modifié	
	4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 12,7 milliards d'euros ;	4° Non modifié	
	5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites qui demeurent fixées conformément au III de l'article 24 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;	<b>5° Supprimé</b>	
	6° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse qui sont nulles en application du II du présent article.	6° Non modifié	
		I <i>bis</i> (nouveau). – Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites demeurent fixées conformément au III de l'article 24 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité	I <i>bis</i> . – Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<b>Code de la sécurité sociale</b>	II. – L'article L. 135-3-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	II. – Non modifié	II. – Non modifié
Art. L. 135-3-1. – Le fonds est en outre chargé de la mise en réserve de recettes pour le financement des dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. Cette mission est suivie au sein d'une nouvelle section qui retrace :	1° À la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « nouvelle section » sont remplacés par les mots : « section distincte » ;		
I. – En recettes :			
1° Une part fixée à l'article L. 137-16 de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 ;	2° Les 1° et 2° du I sont abrogés.		
2° Une part fixée à l'article L. 245-16 des prélèvements mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;			
3° Les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.			
II. - En dépenses, à partir de 2016, les versements du fonds au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs mentionnés au premier alinéa. Le montant annuel de ces versements est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.			

**Texte en vigueur**

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

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

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

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

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

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

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

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

IV. – Après le 11° de l'article L. 135-2 du même code, il est inséré un 12° ainsi rédigé :

III. – Non modifié

IV. – Non modifié

III. – Non modifié

IV. – Alinéa sans modification

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>les suivantes :</p> <p>1° Le financement des allocations mentionnées :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ;</li><li>– au chapitre V du titre Ier du livre VIII ;</li><li>– à l'article 2 de l'ordonnance n°2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;</li></ul> <p>2° Une partie, fixée par la loi de financement de la sécurité sociale, des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ;</p> <p>.....</p> <p>11° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail.</p>	<p>« 12° Le financement d'avantages non contributifs, instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient. »</p>		<p>« 12° Le financement de la prime exceptionnelle instaurée par décret au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour l'année 2014. »</p>
<p>Les sommes mentionnées aux a, b, d, e, f et g du 4°, au 7° et au 10° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.</p>			
<p>Les sommes mentionnées au c du 4° sont calculées sur une base forfaitaire déterminée par arrêté conjoint du ministre</p>			

Texte en vigueur —	Texte du projet de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Propositions de la commission —
chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.			
	V. – Les II, III et IV s'appliquent à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2014.	V. – Non modifié	V. – Non modifié
	<b>Article 6</b>	<b>Article 6</b>	<b>Article 6</b>
	<b>Cf. Annexe 1</b>	<i>(Sans modification)</i>	<i>(Sans modification)</i>
	<b>TROISIÈME PARTIE</b>	<b>TROISIÈME PARTIE</b>	<b>TROISIÈME PARTIE</b>
	<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015</b>	<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015</b>	<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015</b>
	<b>TITRE I<sup>ER</sup></b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE</b>	<b>TITRE I<sup>ER</sup></b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE</b>	<b>TITRE I<sup>ER</sup></b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE</b>
	CHAPITRE I <sup>ER</sup> <b>Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs</b>	CHAPITRE I <sup>ER</sup> <b>Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs</b>	CHAPITRE I <sup>ER</sup> <b>Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs</b>
	<b>Article 7</b>	<b>Article 7</b>	<b>Article 7</b>
	I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	I. – Le titre III du livre I <sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	I. – Alinéa sans modification
Livres I <sup>er</sup> Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre I <sup>er</sup>	A. – La section 1 du chapitre I <sup>er</sup> du titre III du livre I <sup>er</sup> est ainsi modifiée :	A. – La section 1 du chapitre I <sup>er</sup> est ainsi modifiée :	A. – Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Assiette et régime fiscal des cotisations Section 1</p>	<p>1° Son intitulé est ainsi rédigé : « Cotisations et contributions sur les revenus de remplacement » ;</p>	<p>1° Non modifié</p>	
<p>Cotisations sur les pensions de retraite.</p>	<p>2° L'article L. 130-1 est abrogé ;</p>	<p>2° Non modifié</p>	
<p>Art. L. 130-1. – Le montant des cotisations et des assiettes sociales visées au présent code et au code rural et de la pêche maritime est arrondi au franc ou à l'euro le plus proche. La fraction de franc ou d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.</p>	<p>3° L'article L. 131-1 devient l'article L. 131-1-1 ;</p>	<p>3° Non modifié</p>	
<p>Art. L. 131-1. – Les cotisations d'assurance maladie assises sur les pensions servies au titre d'une activité professionnelle déterminée sont dues au régime d'assurance maladie correspondant à cette activité, même si le droit aux prestations d'assurance maladie est ouvert au titre d'un autre régime.</p>	<p>4° Il est rétabli un article L. 131-1 ainsi rédigé :</p>	<p>4° Alinéa sans modification</p>	
<p>« Art. L. 131-1. – Les cotisations et contributions sociales dues sur les avantages de retraite et d'invalidité, les indemnités journalières, les allocations de chômage et de préretraite et les autres revenus mentionnés à l'article L. 131-2 et au 7° du II de l'article L. 136-2 sont, sous réserve du II bis de l'article L. 136-5, précomptées au moment du versement de ces avantages, allocations ou revenus par l'organisme débiteur de ces revenus. » ;</p>	<p>« Art. L. 131-1. – Les cotisations et contributions sociales dues sur les avantages de retraite et d'invalidité, les indemnités journalières, les allocations de chômage et de préretraite et les autres revenus mentionnés à l'article L. 131-2 et au 7° du II de l'article L. 136-2 sont, sous réserve du II bis de l'article L. 136-5, précomptées au moment du versement de ces avantages, allocations ou revenus par l'organisme débiteur de ces revenus. » ;</p>	<p>« Art. L. 131-1. – Les cotisations ...  ... avantages, indemnités, allocations ...  .... revenus. » ;</p>	
<p>5° Les articles L. 131-2 et L. 131-3 sont transférés au sein de cette section et l'article L. 131-2</p>	<p>5° La division et l'intitulé de la section 2 du chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> sont supprimés et la</p>	<p>5° La division et l'intitulé de la section 2 du chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> sont supprimés et la</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 131-2. – Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur le revenu de remplacement mentionné à l'article L. 351-2 du code du travail, sur les allocations versées en application de l'article L. 1233-68, des troisième (1°), cinquième (4°), sixième (5°) et septième alinéas de l'article L. 322-4, sur les rémunérations versées en application du quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3, sur les allocations versées en application du troisième alinéa de l'article L. 322-11, des articles L. 351-19, L. 351-25 et L. 731-1 du même code et de l'article L. 521-1 du code des ports maritimes, ainsi que sur les allocations versées par application des accords mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail.</p>	<p>est ainsi modifié :</p> <p>a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :</p> <p>« Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les allocations et indemnités des travailleurs involontairement privés d'emploi ou placés en situation de cessation totale ou partielle d'activité versées en application des articles L. 1233-68 et L. 1233-72, du II de l'article L. 5122-1 et des articles L. <u>5122-4</u>, L. 5123-2, L. 5123-3, L. 5421-2, L. 5422-1, L. 5424-6 et L. 5425-2 du code du travail, ainsi que de l'article L. 5343-18 du code des transports.</p>	<p>section 1 du même chapitre est complétée par les articles L. 131-2 et L. 131-3 ;</p> <p>5° <i>bis</i> (nouveau) L'article L. 131-2 est ainsi modifié :</p> <p>a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :</p> <p>« Une ...</p> <p>... de cessation anticipée totale ...</p> <p>... articles L. 5123-2,...</p> <p>... transports.</p>	
<p>Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est également prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité en application de l'article L. 322-4 du code du travail, de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982, ainsi que des ordonnances n° 82-297 et n° 82-298 du 31 mars 1982 ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles. Les taux qui leur sont applicables sont</p>	<p>« Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité en application de l'article 15 de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 relative aux contrats de solidarité des collectivités locales ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles. » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>fixés par décret.</p> <p>Le prélèvement de la cotisation ne peut avoir pour effet de réduire les avantages mentionnés au présent article à un montant net inférieur au seuil d'exonération établi en application des articles L. 242-12 et L. 711-2 du présent code et 1031 du code rural.</p>	<p>b) À la fin du troisième alinéa, la référence : « 1031 du code rural » est remplacée par la référence : « L. 741-14 du code rural et de la pêche maritime » ;</p>	<p>b) Non modifié</p>	<p>B. – Suppression maintenue</p>
<p>Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.</p>	<p>c) Le dernier alinéa est complété par les mots : « , notamment les taux des cotisations » ;</p>	<p>c) Non modifié</p>	<p>B. – Suppression maintenue</p>
<p>Livre I<sup>er</sup> Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre I<sup>er</sup> Assiette et régime fiscal des cotisations Section 2 Cotisations sur les revenus de remplacement, les indemnités et les allocations de chômage.</p>	<p>B. – La section 2 du chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> est abrogée.</p>	<p>B. – <i>Supprimé</i></p>	<p>B. – Suppression maintenue</p>
<p>Art. L. 131-3. – Les cotisations d'assurance maladie assises sur les revenus de remplacement et allocations mentionnés à l'article L. 131-2 sont dues au régime d'assurance maladie dont l'intéressé relevait à la date à laquelle le revenu de remplacement ou l'allocation lui a été attribué.</p>	<p>C. – Le chapitre III bis est complété par une section 6 ainsi rédigée :</p>	<p>C. – Non modifié</p>	<p>C. – Non modifié</p>
<p>Livre I<sup>er</sup> Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement</p>	<p>C. – Le chapitre III bis est complété par une section 6 ainsi rédigée :</p>	<p>C. – Non modifié</p>	<p>C. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Chapitre III bis Modernisation et simplification des déclarations sociales ainsi que du recouvrement des cotisations et contributions sociales</p>	<p>« Section 6 « Règles d'arrondis</p> <p>« Art. L. 133-10. – Le montant des cotisations et contributions sociales et de leurs assiettes déclarées aux organismes de sécurité sociale en application du présent code, du code de l'action sociale et des familles ou du code rural et de la pêche maritime est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. »</p>		
<p>Art. L. 136-2. – I. – La contribution est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions y compris les majorations et bonifications pour enfants, des rentes viagères autres que celles visées au 6 de l'article 158 du code général des impôts et des revenus tirés des activités exercées par les personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3. L'assiette de la contribution due par les artistes-auteurs est celle prévue au troisième alinéa de l'article L. 382-3.</p> <p>.....</p> <p>III. - Ne sont pas inclus dans l'assiette de la contribution :</p> <p>1° Les allocations de chômage visées à l'article L. 131-2, perçues par des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article. En outre, la contribution pesant sur ces allocations ne peut avoir pour effet de réduire le montant net de celles-ci ou, en cas de cessation partielle d'activité, le montant cumulé de la rémunération d'activité et de l'allocation perçue, en deçà du montant du salaire minimum de croissance ;</p>	<p>D. – À la première phrase des 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, les mots : « déterminés en application des dispositions des I et III du même article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au 2° du III de l'article L. 136-8 » ;</p>	<p>D. – À ...</p> <p>... « mentionnés au 1° du III de l'article L. 136-8 » ;</p>	<p>D. – Non modifié</p>
<p>2° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article ou qui sont titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par un régime de base de sécurité sociale sous conditions de ressources ou par le fonds spécial visé à l'article L. 814-5. Ces conditions de ressources sont celles qui sont applicables pour l'attribution de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité ;</p> <p>.....</p> <p>8° L'indemnité prévue à l'article 9 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative au volontariat associatif et à l'engagement éducatif.</p>			
<p>Art. L. 136-5. – I. – Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations.</p> <p>.....</p>	<p>E. – Les trois premières phrases du III de l'article L. 136-5 sont supprimées ;</p>	<p>E. – Non modifié</p>	<p>E. – Non modifié</p>
<p>III. – La contribution due sur les pensions d'invalidité et sur les indemnités journalières ou alloca-</p>			

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>tions visées au 7° du II de l'article L. 136-2 est précomptée par l'organisme débiteur de ces prestations et versée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 et L. 612-9 du présent code et à l'article 1031 du code rural. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées à l'article L. 612-4 et servies par les régimes de base et les régimes complémentaires est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations ; elle est versée à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 612-9. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées au II de l'article 1106-6-1 du code rural est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations. La contribution sociale généralisée due sur les indemnités de congés payés et sur les avantages conventionnels y afférents, servis par les caisses de congés payés en application des dispositions de l'article L. 223-16 du code du travail, est précomptée par les caisses de congés payés, responsables du versement de l'ensemble des charges assises sur ces indemnités et avantages sous réserve d'exceptions prévues par arrêté.</p> <p>.....</p>			
<p>Art. L. 136-8. – I. – Le taux des contributions sociales est fixé :</p> <p>1° À 7,5 % pour la contribution sociale mention-</p>	<p>F. – L'article L. 136-8 est ainsi modifié :</p>	<p>F. – Alinéa sans modification</p>	<p>F. – Non modifié</p>

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>née à l'article L. 136-1 ;</p> <p>2° À 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;</p> <p>3° À 6,9 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.</p>			
<p>II. – Par dérogation au I :</p>			
<p>1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ;</p>	<p>1° Au 1° du II, les mots : « au taux de 6,2 % » sont remplacés par les mots : « aux taux de 3,8 % ou 6,2 %, selon les modalités définies au III, » ;</p>	<p>1° <i>Supprimé</i></p>	
<p>2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.</p>	<p>2° Au 2° du II, les mots : « au taux de 6,6 % » sont remplacés par les mots : « aux taux de 3,8 % ou 6,6 %, selon les modalités définies au III du présent article, » ;</p>	<p>2° <i>Supprimé</i></p>	
	<p>3° Le III est ainsi rédigé :</p>	<p>3° Après le mot : « personnes », la fin du III est ainsi rédigée : « dont les revenus de l'avant-dernière année, tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts :</p>	
<p>III. – Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts et dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même</p>	<p>« III. – Les taux mentionnés aux 1° et 2° du II s'appliquent :</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
article.	<p>« 1° Pour ceux de 6,2 % et 6,6 %, aux allocations, indemnités et pensions perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède 13 900 € pour la première part de quotient familial, majorée de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 207 € pour la première part, majorés de 4 082 € pour la première demi-part et de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte ces montants sont fixés respectivement à 15 930 €, 4 268 € et 3 711 € ;</p>	<p>« 1° D'une part, excèdent 10 633 €, pour la première part de quotient familial, majorée de 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 12 582 €, pour la première part, majorés de 3 123 € pour la première demi-part et 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 13 156 €, 3 265 € et 2 839 € ;</p>	
	<p>« 2° Pour celui de 3,8 %, aux allocations, indemnités et pensions perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts est inférieur aux seuils mentionnés à l'alinéa précédent et excède 10 633 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire, retenues pour le calcul de l'impôt sur le revenu afférent à ces revenus. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 12 582 € pour la première part, majorés de 3 123 € pour la première demi-part et 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de</p>	<p>« 2° D'autre part, sont inférieurs à 13 900 €, pour la première part de quotient familial, majorée de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 207 €, pour la première part, majorés de 4 082 € pour la première demi-part et 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 15 930 €, 4 268 € et 3 711 €.</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>.....</p> <p>Art. L. 137-11-1. – Les rentes versées dans le cadre des régimes mentionnés au I de l'article L. 13711 sont soumises à une contribution à la charge du bénéficiaire.</p> <p>Les rentes versées au titre des retraites liquidées avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011 sont soumises à une contribution sur la part qui excède 500 € par mois. Le taux de cette contribution est fixé à :</p> <p>– 7 % pour la part de ces rentes supérieure à 500 € et inférieure ou égale à 1 000 € par mois ;</p> <p>– 14 % pour la part de ces rentes supérieure à 1 000 € et inférieure ou égale à 24 000 € par mois ;</p> <p>– 21 % pour la part de ces rentes supérieure à 24 000 € par mois.</p> <p>Les rentes versées au titre des retraites liquidées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 sont soumises à une contribution sur la part qui</p>	<p>la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte ces montants sont fixés respectivement à 13 156 €, 3 265 € et 2 839 €.</p> <p>« Les seuils mentionnés au présent III sont applicables pour la contribution due au titre de l'année 2015. Ils sont revalorisés au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>excède 400 € par mois. Le taux de cette contribution est fixé à :</p> <p>– 7 % pour la part de ces rentes supérieure à 400 € et inférieure ou égale à 600 € par mois ;</p> <p>– 14 % pour la part de ces rentes supérieure à 600 € et inférieure ou égale à 24 000 € par mois ;</p> <p>– 21 % pour la part de ces rentes supérieure à 24 000 € par mois.</p>	<p>G. – Après le mot : « arrondies », la fin de la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 137-11-1 est ainsi rédigée : « à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. » ;</p>	<p>G. – Non modifié</p>	<p>G. – Non modifié</p>
<p>Ces valeurs sont revalorisées chaque année en fonction de l'évolution du plafond défini à l'article L. 241-3 et arrondies selon les règles définies à l'article L. 130-1. La contribution est précomptée et versée par les organismes débiteurs des rentes et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur ces rentes.</p> <p>Art. L. 241-3. – La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'État prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, par les contributions prévues aux articles L. 137-10, L. 137-12 et L. 137-15 et par des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus</p>	<p>H. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 241-3, la référence : « L. 131-1 » est remplacée par la référence : « L. 135-1 » ;</p>	<p>H. – Non modifié</p>	<p>H. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, calculé selon les règles fixées par ce décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.</p>			
<p>Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié.</p>			
<p>Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par des arrêtés ministériels pour certaines catégories de salariés ou assimilés.</p>			
<p>La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.</p>			
<p>Le recouvrement des cotisations mentionnées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.</p>			
<p>Art. L. 242-13. – I. – Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle est financé par :</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>1° Une cotisation à la charge des assurés mentionnés aux 1° à 3° du II de l'article L. 325-1, assise sur leurs gains ou rémunérations, précomptée par leurs employeurs au bénéfice de ce régime et recouvrée par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général ;</p>			
<p>2° Une cotisation à la charge des assurés mentionnés aux 5° à 11° et à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 325-1, assise sur les avantages de vieillesse d'un régime de base, d'un régime complémentaire ou d'un régime à la charge de l'employeur, que ces avantages soient servis au titre d'une législation française ou d'une législation d'un autre État, et sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2. Les modalités de prise en compte des avantages de vieillesse acquis au titre de la législation d'un autre État pour le calcul de la cotisation prélevée sur les avantages servis par un régime français sont déterminées par décret. La cotisation est précomptée par les organismes débiteurs français au bénéfice du régime local lors de chaque versement de ces avantages ou allocations et versée directement à ce régime.</p>			
<p>II. – Le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local détermine les exonérations</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>accordées en cas d'insuffisance de ressources, selon les principes fixés par l'article L. 136-2 et par le premier alinéa de l'article L. 380-2.</p>	<p>I. – Au premier alinéa du II de l'article L. 242-13, les mots : « , selon les principes fixés par l'article L. 136-2 et par le premier » sont remplacés par les mots : « selon les modalités prévues au deuxième » ;</p>	<p>I. – Non modifié</p>	<p>I. – Non modifié</p>
<p>Il fixe les taux de cotisation permettant de garantir le respect de l'équilibre financier du régime dans la limite d'une fourchette fixée par décret. L'article L. 131-9 n'est pas applicable à ces cotisations.</p>	<p>J. – L'article L. 243-2 est ainsi modifié :</p>	<p>J. – Non modifié</p>	<p>J. – Non modifié</p>
<p>Art. L. 243-2. – Les cotisations dues sur les avantages de retraite et sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 sont précomptées lors de chaque versement par l'organisme débiteur de ces avantages ou allocations.</p>	<p>1° Le premier alinéa est supprimé ;</p>		
<p>Les dispositions des sections 2 à 5 du présent chapitre, du chapitre 4 du titre IV du présent livre et des articles L. 133-1 et L. 374-1 du présent code s'appliquent au recouvrement des cotisations mentionnées à l'alinéa ci-dessus, sous réserve d'adaptations fixées par voie réglementaire.</p>	<p>2° Au deuxième alinéa, les mots : « mentionnées à l'alinéa ci-dessus » sont remplacés par les mots : « dues sur les revenus de remplacement mentionnés à la section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> » ;</p>		
<p>Art. L. 244-1. – L'employeur ou le travailleur indépendant, qui ne s'est pas conformé aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, est poursuivi devant le tribunal de police, soit à la requête du ministère public,</p>	<p>K. – Au début de l'article L. 244-1, les mots : « L'employeur ou le travailleur indépendant » sont remplacés par les mots : « Le cotisant » ;</p>	<p>K. – Non modifié</p>	<p>K. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>éventuellement sur la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, soit à la requête de toute partie intéressée et, notamment, de tout organisme de sécurité sociale.</p>			
<p>Art. L. 244-11. – L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard dues par un employeur ou un travailleur indépendant, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, se prescrit par cinq ans à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure prévus aux articles L. 244-2 et L. 244-3.</p>	<p>L. – À l'article L. 244-11, les mots : « dues par un employeur ou un travailleur indépendant » sont supprimés ;</p>	<p>L. – Non modifié</p>	<p>L. – Non modifié</p>
<p>Art. L. 244-14. – Tout agent ou ancien agent d'un organisme de sécurité sociale qui, soit en activité, en position de congé ou de disponibilité, soit après admission à la retraite, soit après démission ou révocation et pendant un délai de cinq ans à compter de la cessation de ses fonctions, intervient, moyennant rémunération, prend ou reçoit une participation par travail, conseils ou capitaux dans une entreprise en vue de faire obtenir par des employeurs ou travailleurs indépendants une remise, totale ou partielle, sur les sommes qui leur sont réclamées par les organismes de sécurité sociale en vertu des dispositions législatives ou réglementaires, sera puni d'un emprisonnement de deux ans et de 4 500 euros d'amende.</p>	<p>M. – Aux premier et dernier alinéas de l'article L. 244-14, les mots : « employeurs ou travailleurs indépendants » sont remplacés par les mots : « cotisants » ;</p>	<p>M. – Non modifié</p>	<p>M. – Non modifié</p>
<p>Le tribunal peut ordonner, dans tous les cas, que le jugement de condamnation sera publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désigne et affiché dans</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>les lieux qu'il indique, le tout aux frais du contrevenant sans que le coût total de ces différentes opérations puisse dépasser 15 euros.</p>			
<p>Les employeurs ou travailleurs indépendants considérés comme complices seront frappés des mêmes peines.</p>			
<p>Art. L. 612-9. – Les cotisations sont recouvrées selon des modalités fixées par décret.</p>			
<p>Les cotisations dues sur les allocations ou pensions de retraite prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 612-4 sont précomptées dans des conditions fixées par décret lors du versement par l'organisme débiteur de ces pensions ou allocations.</p>	<p>N. – Le second alinéa de l'article L. 612-9 est supprimé.</p>	<p>N. – Non modifié</p>	<p>N. – Non modifié</p>
<p>Art. L. 611-20. – La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.</p>			
<p>La Caisse nationale peut confier le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le service des prestations maladie, maternité prévues par le présent titre, y compris aux pensionnés ou aux allocataires dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 612-9, à des organismes régis, ou bien par le code de la mutualité, ou bien par le</p>			<p>O (nouveau). – Au deuxième alinéa de l'article L. 611-20, les mots : « , y compris aux pensionnés ou aux allocataires dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 612-9, » sont supprimés.</p>

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>présent code, ou bien par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.</p> <p>Art. L. 613-8. – Pour bénéficiaire, le cas échéant, du règlement des prestations en espèces pendant une durée déterminée, l'assuré doit être à jour de ses cotisations annuelles dans des conditions fixées par décret. Le défaut de versement des cotisations ne suspend le bénéfice des prestations qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la date d'échéance. Cependant, en cas de paiement plus tardif, il peut, dans un délai déterminé, faire valoir ses droits aux prestations, mais le règlement ne peut intervenir que si la totalité des cotisations dues a été acquittée avant l'expiration du même délai.</p> <p>.....</p> <p>Sans préjudice des dispositions de l'article L. 612-9, l'assuré qui devient titulaire d'une allocation ou d'une pension de vieillesse et dont les cotisations dues au régime obligatoire d'assurance maladie au titre de la période d'activité professionnelle non salariée non agricole ont été admises en non-valeur peut faire valoir son droit aux prestations.</p> <p>.....</p> <p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p> <p>Art. L. 14-10-4. – Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :</p> <p>1° Une contribution au</p>	<p>II. – Le premier alinéa du 1° bis de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p>	<p>II. – Alinéa sans modification</p>	<p>P (<i>nouveau</i>). – Au début du quatrième alinéa de l'article L. 613-8, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 612-9, » sont supprimés.</p> <p>II. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ;</p> <p>1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts.</p> <p>Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus au III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale</p> <p>Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif</p>	<p>1° Les mots : « la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède le seuil mentionné au 1° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale » ;</p> <p>2° Après le mot : « revenus », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « à l'article L. 136-5 du même code ».</p>	<p>1° Après le mot : « dont », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « le montant des revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts, est supérieur ou égal au seuil mentionné au 2° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. » ;</p> <p>2° Non modifié</p>	

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ;</p> <p>2° Une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;</p> <p>3° Une fraction de 0,1 point du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du même code ;</p> <p>4° Une participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse, représentative d'une fraction identique pour tous les régimes, déterminée par voie réglementaire, des sommes consacrées par chacun de ceux-ci en 2000 aux dépenses d'aide-ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes remplissant la condition de perte d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ; cette fraction ne peut être inférieure à la moitié ni supérieure aux trois quarts des sommes en cause. Le montant de cette participation est revalorisé chaque année,</p>			

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée ;</p> <p>5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.</p> <p><b>Code général des impôts</b></p> <p>Art. 154 quinquies. – I. Pour la détermination des bases d'imposition à l'impôt sur le revenu, la contribution prévue à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale au titre des revenus d'activité et de remplacement est, à hauteur de 5,1 points ou, pour les revenus visés au 1° du II et au III de l'article L. 136-8 du même code et pour ceux visés au 2° du II du même article, à hauteur respectivement de 3,8 points et 4,2 points, admise en déduction du montant brut des sommes payées et des avantages en nature ou en argent accordés, ou du bénéfice imposable, au titre desquels la contribution a été acquittée. La contribution prévue au 6° du II de l'article L. 136-2 du même code est admise en déduction du revenu imposable de l'année de son paiement.</p>	<p>III. – À la première phrase du I de l'article 154 quinquies du code général des impôts, les mots : « visés au 1° du II et au III de l'article L. 136-8 du même code et pour ceux visés au 2° du II du même article, à hauteur respectivement de 3,8 points et 4,2 points » sont remplacés par les mots : « mentionnés au II de l'article L. 136-8 du même code, à hauteur de 3,8 points lorsqu'elle est prélevée au taux de 3,8 % ou 6,2 % et à hauteur de 4,2 points lorsqu'elle est prélevée au taux de 6,6 % ».</p>	<p>III. – Non modifié</p>	<p>III. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>II. La contribution afférente aux revenus mentionnés aux a, b, c, e, à l'exception des gains et avantages imposés dans les conditions prévues au 5 de l'article 200 A et aux 6 et 6 <i>bis</i> du même article dans leur rédaction applicable aux options sur titres et actions gratuites attribuées avant le 28 septembre 2012, et f du I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, au II du même article et aux revenus mentionnés au premier alinéa et au 1° du I de l'article L. 136-7 du même code n'ayant pas fait l'objet des prélèvements prévus au II de l'article 125-0 A et aux I <i>bis</i>, II, III, second alinéa du 4° et deuxième alinéa du 9° du III <i>bis</i> de l'article 125 A est admise en déduction du revenu imposable de l'année de son paiement, à hauteur de 5,1 points.</p>			
<p>La contribution afférente aux gains bénéficiant de l'abattement fixe mentionné au 1 du I de l'article 150-0 D <i>ter</i> mentionnés à l'article 150-0 A est déductible dans les conditions et pour la fraction définies au premier alinéa du présent II, dans la limite du montant imposable de chacun de ces gains.</p>			
<p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p>			
<p>Art. L. 761-10. – L'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire, spécifique aux assurés des professions agricoles et forestières, est administrée par un conseil d'administration composé de membres des professions</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>agricoles et forestières dont les attributions et la répartition sont fixées par décret.</p>	<p>IV. – Au troisième alinéa de l'article L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « , conformément aux principes énoncés à l'article L. 136-2 et au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « selon les modalités prévues au deuxième alinéa ».</p>	<p>IV. – Non modifié</p>	<p>IV. – Non modifié</p>
<p>Les modalités de fonctionnement de cette instance de gestion spécifique sont fixées par décret en Conseil d'État.</p>			
<p>Le conseil d'administration fixe, chaque année, les taux de cotisations mentionnées à l'article L. 761-5, pour permettre de garantir le respect de l'équilibre financier du régime et le financement des frais de gestion du régime. Les dispositions de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables à ces cotisations. Le conseil d'administration détermine également les exonérations accordées en cas d'insuffisance des ressources, conformément aux principes énoncés à l'article L. 136-2 et au premier alinéa de l'article L. 380-2 du même code.</p>			
<p>L'affiliation et l'immatriculation au régime local, le recouvrement des cotisations et le service des prestations sont assurés par les caisses de mutualité sociale agricole concernées selon les conditions fixées par une convention conclue entre le conseil d'administration de l'instance de gestion spécifique et la caisse centrale de la mutualité sociale agricole approuvée par le ministre chargé de l'agriculture.</p>			
<p>Le contrôle de l'État sur la gestion du régime et le fonctionnement de l'instance de gestion spécifique s'exerce dans les mêmes conditions que pour les organismes de</p>			

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>mutualité sociale agricole.</p> <p><b>Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale</b></p> <p>Art. 14. – I. – Il est institué une contribution sur les revenus d'activité et de remplacement mentionnés aux articles L. 136-2 à L. 136-4 du code de la sécurité sociale perçus du 1er février 1996 jusqu'à l'extinction des missions prévues à l'article 2 par les personnes physiques désignées à l'article L. 136-1 du même code.</p> <p>Cette contribution est assise sur les revenus visés et dans les conditions prévues aux articles L. 136-2 à L. 136-4 et au III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.</p> <p>II. – .....</p> <p>III. – La contribution due sur les prestations visées aux 7°, 8° et 9° du II est précomptée par l'organisme débiteur dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 du code de la sécurité sociale et 1031 du code rural.</p> <p>La contribution prévue au I est recouvrée et contrôlée dans les conditions et sous les garanties et sanctions visées à l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale.</p> <p>IV. – Les prestations visées au 8° du II, à l'exception de l'allocation</p>	<p>V. – Après le mot : « prévues », la fin du premier alinéa du III de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi rédigée : « à l'article L. 131-1 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p>V. – Non modifié</p>	<p>V. – Non modifié</p>

Texte en vigueur —	Texte du projet de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Propositions de la commission —
<p>logement mentionnée aux articles L. 542-1 et L. 755-21 du code de la sécurité sociale, ne sont assujetties à la contribution qu'à compter du 1er janvier 1997.</p>	<p>VI. – Le présent article s'applique aux revenus de remplacement dont le fait générateur intervient à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, à l'exception du III qui s'applique à compter de l'imposition des revenus de l'année 2015.</p>	<p>VI. – Non modifié</p>	<p>VI. – Non modifié</p>
<p><b>Art. L. 311-3.</b> – Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> <p>1°) les travailleurs à domicile soumis aux dispositions des articles L. 721-1 et suivants du code du travail ;</p> <p>.....</p> <p>20°) Les vendeurs à domicile visés à l'article L. 135-1 du code de commerce, non immatriculés au registre du commerce ou au registre spécial des agents commerciaux ;</p> <p>21°) Les personnes qui exercent à titre occasionnel pour le compte de l'État,</p>	<p><b>Article 8</b></p> <p>I. – L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le 21° est ainsi rédigé</p> <p>« 21° Les personnes qui contribuent à l'exécution d'une mission de service</p>	<p><b>Article 8</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>« 21° Alinéa sans modification</p>	<p><b>Article 8</b></p> <p>(Sans modification)</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>d'une collectivité territoriale ou d'un de leurs établissements publics administratifs, d'une autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale ou d'un organisme privé chargé de la gestion d'un service public à caractère administratif, une activité dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par décision de justice. Un décret précise les types d'activités et de rémunérations en cause.</p>	<p>public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée, lorsque cette activité revêt un caractère occasionnel.</p>		
<p>Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables, sur leur demande, dans des conditions fixées par décret, aux personnes exerçant une des professions visées à l'article L. 621-3, lorsque les activités occasionnelles visées ci-dessus en sont le prolongement ;</p>	<p>« Un décret précise les sommes, les activités et les employeurs entrant dans le champ d'application du présent 21°. Il fixe les conditions dans lesquelles, lorsque la participation à la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée, les sommes versées en rétribution de la participation à cette mission peuvent, en accord avec l'ensemble des parties, être versées à l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée l'activité salariée, lorsque ce dernier maintient en tout ou partie la rémunération.</p>	<p>« Un ...</p> <p>... salarié, quand ce ...</p> <p>... rémunération.</p>	
	<p>« Il fixe également les conditions dans lesquelles les dispositions du précédent alinéa ne sont pas applicables, sur leur demande, aux personnes participant à la mission de service public qui font partie des professions mentionnées à l'article L. 621-3. Dans ce cas, les sommes versées en rétribution de l'activité occasionnelle sont assujetties dans les mêmes conditions, selon les mêmes modalités et sous les mêmes garanties que le revenu d'activité non salarié, défini à l'article</p>	<p>« Il ...</p> <p>... lesquelles le deuxième alinéa du présent 21° n'est pas applicable, sur leur ...</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>22°) Les dirigeants des associations remplissant les conditions prévues au deuxième alinéa du d du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts ;</p> <p>.....</p>	<p>L. 131-6 du présent code, ou les revenus professionnels, définis à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, que ces personnes tirent de leur profession. » ;</p>	<p>... profession. » ;</p>	
<p>32°) Les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés mentionnés aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail.</p>	<p>2° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Un décret fixe, <u>en tant que de besoin</u>, les modalités d'application du présent article. »</p>	<p>2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »</p>	
<p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p>		<p>I <i>bis</i> (nouveau). – Après le 14° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 15° ainsi rédigé :</p>	
<p>Art. L. 722-20. – Le régime de protection sociale des salariés des professions agricoles est applicable, dans les conditions fixées par les titres IV, V et VI du présent livre, aux personnes salariées et assimilées énumérées ci-dessous :</p> <p>.....</p>		<p>« 15° Personnes qui contribuent à l'exercice d'une mission telle que définie au premier alinéa du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées au même 21°, étant entendu que le décret mentionné audit 21°</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier</b></p>	<p>II. – L'article 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est abrogé.</p>	<p>est, dans ce cas, pris pour l'application du présent 15°.»</p>	
<p>Art. 13. – Les indemnités versées aux élus des chambres d'agriculture, des chambres de métiers et des caisses de sécurité sociale, au titre de leur mandat, ne sont pas prises en compte pour l'attribution des prestations sociales de toute nature, notamment celles relevant du code de la sécurité sociale ou du code de l'action sociale et des familles, et ne sont pas assujetties aux cotisations de sécurité sociale.</p>	<p>III. – Le présent article s'applique aux sommes versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p>	<p>II. – Non modifié</p>	
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>		<p><b>Article 8 bis (nouveau)</b></p>	<p><b>Article 8 bis</b></p>
<p>Art. L. 171.3. – Les personnes qui exercent simultanément une activité non salariée agricole et une activité non salariée non agricole sont affiliées au seul régime de leur activité principale. Elles cotisent et s'acquittent des contributions sociales sur l'ensemble de</p>		<p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p>
		<p>1° L'article L. 171-3, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, est ainsi modifié :</p>	<p>1° Non modifié</p>
		<p>a) Après le mot : « affiliées », la fin de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « , dans des conditions fixées par décret, à un seul des régimes</p>	

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>leurs revenus selon les modalités en vigueur dans le régime de leur activité principale.</p> <p>Lorsque ces deux activités sont exercées l'une et l'autre tout au long de l'année, l'activité principale est déterminée au regard du temps consacré à chaque activité et du montant respectif des revenus professionnels retenus pour la détermination des assiettes telles que définies aux articles L. 136-3 et L. 136-4 ou, à défaut, au regard du montant respectif des recettes professionnelles prises en compte pour déterminer lesdits revenus.</p> <p>Lorsqu'une de ces deux activités est permanente et l'autre seulement saisonnière, l'activité principale est celle du régime correspondant à l'activité permanente. Toutefois, les personnes dont les revenus tirés de leurs différentes activités non salariées sont imposés dans la même catégorie fiscale sont affiliées au seul régime correspondant à cette catégorie.</p> <p>Par dérogation, les personnes affiliées simultanément au régime des non-salariés non agricoles et au régime des non salariés agricoles lors de l'entrée en vigueur du présent article peuvent, sur leur demande et dès lors que l'ensemble de leurs revenus professionnels non salariés ne sont pas assujettis dans la même catégorie fiscale, continuer à</p>		<p>de sécurité sociale dont relèvent ces activités. » ;</p> <p>b) Après le mot : « dans », la fin de la seconde phrase du même alinéa est ainsi rédigée : « ce seul régime. » ;</p> <p>c) Les deuxième à avant-dernier alinéas sont supprimés ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>être affiliées à chacun de ces deux régimes dans les conditions en vigueur avant la promulgation de la loi n° 99-574 du 9 juillet 1999 d'orientation agricole.</p>		<p>2° Après l'article L. 171-3, il est inséré un article L. 171-6 ainsi rédigé :</p>	2° Non modifié
<p>Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>		<p>« Art. L. 171-6. – Des règles de coordination sont instituées, par décret, entre régimes d'assurance maladie et maternité pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle les assujettissant à un régime de sécurité sociale qui :</p>	
<p>.....</p>		<p>« 1° Ont relevé simultanément ou successivement soit de régimes de travailleurs salariés, soit d'un régime de travailleurs salariés et d'un régime de travailleurs non salariés, soit de plusieurs régimes de travailleurs non salariés ;</p>	
		<p>« 2° Ou sont titulaires de plusieurs pensions servies soit par des régimes de travailleurs salariés, soit par des régimes de travailleurs salariés et non salariés, soit par des régimes de travailleurs non salariés. » ;</p>	
<p>Art. L. 613-4. – Sous réserve de l'article L. 613-2, les personnes exerçant simultanément plusieurs</p>		<p>3° Le 4° de l'article L. 613-2, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est abrogé ;</p>	3° <i>Supprimé</i>
		<p>4° Le second alinéa de l'article L. 613-4, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014</p>	4° Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>activités dont l'une relève de l'assurance obligatoire des travailleurs non salariés des professions non agricoles sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent ces activités.</p>	<p>Un décret détermine les conditions dans lesquelles les prestations en nature leur sont servies dans le régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ou, par dérogation, dans le régime de leur choix, en fonction des conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces propres à chaque régime.</p>	<p>précitée, est ainsi rédigé :</p>	<p>5° Non modifié</p>
<p>Art. L. 161-6. – Par dérogation à la législation en vigueur, l'assuré social ou ses ayants droit, qui a des droits ouverts dans plusieurs régimes d'assurance vieillesse continue, sauf demande contraire expresse de sa part, de relever du régime d'assurance maladie et maternité auquel il est rattaché depuis une durée fixée par décret en conseil d'Etat au moment de la cessation de son activité professionnelle ou de l'ouverture de ses droits à pension de réversion.</p>	<p>Art. L. 613-5. – Le droit aux prestations des personnes mentionnées au 2° de l'article L. 613-1 ci-dessus, qui ont exercé simultanément ou successivement plusieurs activités professionnelles, salariées ou non salariées, est ouvert dans le régime dont a ou aurait relevé leur activité principale.</p>	<p>5° Les articles L. 161-6, L. 613-5 et L. 613-6 sont abrogés ;</p>	
<p>Toutefois, il n'est pas</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>apporté de modification à la situation des personnes qui, au 1er janvier 1969, bénéficient d'un avantage ouvrant droit aux prestations en nature, soit des assurances sociales en vertu des articles L. 311-9 et L. 311-10, L. 313-4 et du premier alinéa de l'article L. 381-26 du code de la sécurité sociale, de la réglementation applicable aux régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du même code ou de la législation relative au régime agricole des assurances sociales des salariés, soit du régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des exploitants agricoles en application du chapitre III-1 du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime.</p>			
<p>Les personnes mentionnées au premier alinéa du présent article, bénéficiant, au titre de régimes différents, d'une pension d'invalidité ou d'un avantage de vieillesse substitué, et d'une pension, rente ou allocation de vieillesse rèlevant du régime d'assurance maladie correspondant à l'activité qui leur a ouvert droit à la pension d'invalidité ou à l'avantage de vieillesse substitué.</p>			
<p>Art. L. 613-6. – Par dérogation à la législation en vigueur, l'assuré social ou ses ayants droit, qui a des droits ouverts dans plusieurs régimes d'assurance vieillesse continue, sauf demande contraire expresse de sa part, de relever du régime d'assurance maladie et maternité auquel il est rattaché depuis une durée déterminée au moment de la</p>			

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>cessation de son activité professionnelle ou de l'ouverture de ses droits à pension de réversion.</p> <p>Art. L. 613-7. – Les personnes bénéficiaires d'un avantage de retraite ou d'une pension d'invalidité, exerçant une activité professionnelle, sont affiliées et cotisent simultanément au régime d'assurance maladie dont relève leur avantage ou leur pension et à celui dont relève leur activité.</p> <p>Toutefois, le droit aux prestations est ouvert dans l'un ou l'autre régime, au choix de l'intéressé, selon des modalités définies par décret.</p>		<p>6° Le deuxième alinéa de l'article L. 613-7, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi rédigé :</p> <p>« Le droit aux prestations en nature est ouvert dans l'un ou l'autre de ces régimes, selon des modalités définies par décret. » ;</p> <p>7° L'article L. 613-7-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi modifié :</p>	<p>6° Non modifié</p> <p>7° Non modifié</p>
<p>Art. L. 613-7-1. – I.- Les personnes dont les prestations d'assurance maladie et d'assurance maternité sont servies, en application du second alinéa des articles L. 613-4 et L. 613-7, dans un autre régime que celui des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont redevables des cotisations et contributions de sécurité sociale sans application du montant minimal de cotisations et de contributions de sécurité sociale prévu, pour les travailleurs indépendants relevant du régime prévu au même article</p>		<p>a) Au début du I, sont ajoutés les mots : « Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, » ;</p> <p>b) Au même I, les mots : « , sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, » sont supprimés ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>L. 133-6-8, aux trois derniers alinéas du I dudit article ou des montants minimaux de cotisations prévus, pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, au deuxième alinéa des articles L. 612-4, L. 612-13 et L. 633-10, au quatrième alinéa de l'article L. 635-1 et au dernier alinéa de l'article L. 635-5 et, pour les professions libérales, au deuxième alinéa de l'article L. 612-4, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, aux articles L. 644-1 et L. 644-2.</p>			
<p>II. – Les montants minimaux mentionnés au I du présent article ne sont pas applicables, sous certaines conditions déterminées par décret, aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues par les personnes mentionnées à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles.</p>		<p>c) Au début du II, sont ajoutés les mots : « Sauf demande contraire effectuée dans des conditions fixées par décret, » ;</p>	
<p>Art. L. 622-10. – Les travailleurs indépendants mentionnés au 4° de l'article L. 613-2 sont affiliés au régime d'assurance vieillesse prévu à l'article L. 621-1 à la même date que celle à laquelle ils sont affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles en application de ce même 4°.</p>		<p>8° L'article L. 622-10, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est abrogé ;</p>	<p>8° Non modifié</p>
<p>Art. L. 161-1-1. – Par dérogation aux dispositions en vigueur, l'exercice de leur nouvelle activité par les personnes mentionnées aux articles L5141-1 et L5141-2 du code du travail qui bénéficient de l'aide à la création ou reprise d'entreprise instituée par ledit article ouvre droit, pour une</p>		<p>9° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 161-1-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi rédigée :</p>	<p>9° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>période et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixés par décret, à l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales auxquels elles sont affiliées en raison de l'exercice de cette activité et aux prestations servies par ces régimes. La durée de l'exonération, totale ou partielle, peut être prolongée dans des conditions et limites fixées par décret lorsque l'entreprise créée ou reprise entre dans le champ de l'article 50-0 du code général des impôts. Il en va de même lorsque les personnes mentionnées au premier alinéa ont opté pour le régime prévu à l'article 102 ter du même code.</p>			
<p>.....</p> <p>Pour les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8, l'exonération de cotisations de sécurité sociale prévue au présent article cesse de s'appliquer, dans des conditions définies par décret, à la date à laquelle ces travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes prévus aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Dans ce cas, les cotisations dues au titre de la part du chiffre d'affaires ou de recettes excédant les seuils fixés à ces mêmes articles 50-0 et 102 ter font l'objet d'une régularisation émise par l'organisme chargé du calcul et de l'encaissement des cotisations sociales.</p>			
<p>Art. L. 325-1. – I. – Le régime local d'assurance maladie complémentaire</p>		<p>« Le cas échéant, les cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet de cette exonération et dues au titre de la période courant à compter de cette date font l'objet d'une régularisation, dans des conditions définies par décret. » ;</p>	

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assure à ses bénéficiaires des prestations servies en complément de celles du régime général des salariés prévues aux 1°, 2°, 4° et 7° de l'article L. 321-1, pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré en application de l'article L. 322-2 à l'exception de celles mentionnées aux II et III de cet article. Il peut prendre en charge tout ou partie du forfait journalier institué à l'article L. 174-4. Ces prestations sont déterminées par le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local dans des conditions définies par décret.</p> <p>.....</p> <p>III. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-6, le bénéfice du régime local d'assurance maladie est subordonné aux conditions spécifiques d'ouverture des droits déterminées au II du présent article.</p> <p><b>Loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises</b></p> <p>Art. 25. – I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>.....</p> <p>9° Le 2° de l'article L. 613-2 est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« 2° Sauf option contraire de leur part, les personnes qui se trouvent</p>		<p>10° Au début du III de l'article L. 325-1, les mots : « Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-6, » sont supprimés.</p>	<p>10° Non modifié</p> <p><i>I bis (nouveau).</i> – Le I de l'article 25 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises est ainsi modifiée :</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>dans une situation impliquant leur assujettissement obligatoire aux assurances sociales du régime général en application de la section 5 du chapitre Ier du titre VIII du livre III ;</p>			
<p>« 3° Sauf option contraire de leur part, les personnes qui, à la date de début de l'activité non salariée, sont affiliées aux assurances sociales du régime général en application de la section 3 du même chapitre Ier. Si l'option prévue au présent 3° n'a pas été exercée, ces personnes sont affiliées au régime mentionné au premier alinéa à compter du lendemain du dernier jour de l'année d'affiliation aux assurances sociales du régime général au cours de laquelle cette activité non salariée a débuté ;</p>			
<p>« 4° Les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L 133-6-8 tant qu'ils n'ont pas déclaré un montant positif de chiffres d'affaires ou de recettes.</p>			<p>1° Le quatrième alinéa du 9° est supprimé ;</p>
<p>« L'option prévue aux 2° et 3° du présent article est exercée dans des conditions fixées par décret. » ;</p>			
<p>..... 12° Le chapitre II du titre II du livre VI est complété par un article L. 622-10 ainsi rédigé :</p>			<p>2° Le 12° est abrogé.</p>
<p>« Art. L. 622-10. - Les travailleurs indépendants mentionnés au 4° de l'article L. 613-2 sont affiliés au régime d'assurance vieillesse prévu à l'article L. 621-1 à la même date que celle à laquelle ils sont affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des</p>			

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>travailleurs non salariés des professions non agricoles en application de ce même 4°. » ;</p> <p>.....</p> <p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p> <p>Art. L. 732-9. – I. - Pour les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 722-12, le droit aux prestations est ouvert dans le régime dont relève leur activité principale ; toutefois si l'activité salariée exercée simultanément avec leur activité principale non salariée agricole répond aux conditions de durée du travail ou de versement de cotisations prévues à l'article L. 313-1 du code de la sécurité sociale pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces des assurances maladie et maternité, les intéressés perçoivent lesdites prestations qui leur sont servies par le régime d'assurance maladie dont ils relèvent au titre de leur activité salariée.</p> <p>II. - Pour les personnes mentionnées au 3° de l'article L. 722-10 ou titulaires d'une pension d'invalidité en application de l'article L. 732-8 qui ont exercé simultanément ou successivement plusieurs activités professionnelles salariées ou non salariées, le droit aux prestations est ouvert dans le régime dont a ou aurait relevé leur activité principale.</p> <p>Toutefois, les personnes mentionnées à</p>		<p>II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 732-9 est ainsi modifié :</p> <p>a) Le II est ainsi rédigé :</p> <p>« II. – Pour les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 722-12, le droit aux prestations en nature est ouvert dans l'un ou l'autre des régimes auxquels elles sont affiliées, selon des modalités définies par décret. » ;</p>	<p>II. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>l'alinéa précédent bénéficiant au titre de régimes différents d'une pension d'invalidité ou d'un avantage de vieillesse substitué et d'une pension, rente ou allocation de vieillesse, relèvent du régime d'assurance maladie correspondant à l'activité qui leur a ouvert droit à la pension d'invalidité ou à l'avantage de vieillesse substitué.</p>			
<p>Cependant il n'est pas apporté de modification à la situation des personnes qui, le 1<sup>er</sup> janvier 1969, bénéficiaient d'un avantage ouvrant droit aux prestations en nature soit des assurances sociales en vertu des articles L. 311-9, L. 311-10, L. 313-4 et L. 381-26 du code de la sécurité sociale, de la réglementation applicable aux régimes spéciaux visés à l'article L. 711-1 du même code ou de la législation relative au régime des assurances sociales des salariés agricoles, soit du régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés des professions agricoles. Néanmoins, lorsque les intéressés sont titulaires d'une pension d'invalidité au titre du seul régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés des professions agricoles ou d'un avantage de vieillesse substitué, les prestations en nature leur sont servies par ledit régime au titre de la pension d'invalidité ou de l'avantage de vieillesse substitué.</p>			
<p>III. - Pour les personnes mentionnées au 2<sup>o</sup> de l'article L. 722-12, le droit aux prestations est ouvert</p>		b) Le III est abrogé ;	

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>—</p> <p>dans le régime de leur choix.</p> <p>Art. L. 752-16. – Le régime institué par le présent chapitre est financé par les cotisations des non-salariés agricoles. Ces cotisations sont à la charge des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole. Elles comprennent :</p> <p>1° Une cotisation due par les chefs d'exploitation ou d'entreprise pour eux-mêmes, modulée en fonction des taux de risques applicables aux diverses catégories dans lesquelles les exploitations ou les entreprises ont été classées et dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture ; il est opéré une réduction du montant de la cotisation due pour eux-mêmes par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre secondaire, y compris ceux mentionnés à l'article L. 171-3 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 761-3. – Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle s'applique aux membres des professions agricoles et forestières relevant des assurances sociales agricoles mentionnés aux 1° et 2° :</p> <p>.....</p> <p>Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-6 du code de la sécurité sociale, le bénéfice de ce régime est subordonné aux conditions d'ouverture des droits des assurés mentionnés ci-dessus.</p>		<p>—</p> <p>2° Au début du cinquième alinéa de l'article L. 761-3, les mots : « Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-6 du code de la sécurité sociale, » sont supprimés.</p> <p>III. – A. – Le présent article s'applique aux cotisations et aux</p>	<p>—</p> <p>1° <i>bis (nouveau)</i> À la fin du 1° de l'article L. 752-16, les mots : « y compris ceux mentionnés à l'article L. 171-3 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.</p> <p>2° Non modifié</p> <p>III. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p>« Art L. 241-10. – I. – La rémunération d'une aide à domicile est exonérée des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par : .....</p> <p>I bis. – Chaque heure de travail effectuée par les salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail ouvre droit à une déduction forfaitaire de la cotisation patronale due au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès dont le montant est fixé par décret. Dans les départements d'outre-mer, ainsi que dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon, la déduction de cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle est majorée d'un montant fixé par décret. Ces déductions ne sont cumulables ni avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application</p>		<p>contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p> <p>B. – Par dérogation au A du présent III, les 7<sup>o</sup> et 9<sup>o</sup> du I s'appliquent aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p> <p><b>Article 8 ter (nouveau)</b></p> <p>Le I bis de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« I bis. – Chaque heure de travail effectuée par les salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail ouvre droit à une déduction forfaitaire patronale :</p> <p>« 1<sup>o</sup> De la cotisation due au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, à hauteur de 0,75 € <u>dans les cas autres que ceux mentionnés aux 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> ;</u></p> <p>« 2<sup>o</sup> Des cotisations de sécurité sociale, à hauteur de 1,50 €, pour les salariés à domicile employés pour des activités de garde d'enfants dont l'âge dépasse l'âge limite mentionné au IV de l'article L. 531-5 et n'excède pas celui mentionné au premier alinéa de l'article</p>	<p><b>Article 8 ter</b></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« I bis. – Alinéa sans modification</p> <p>« 1<sup>o</sup> De ... ... à hauteur de 1,50 €.</p> <p>« 2<sup>o</sup> <i>Supprimé</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations. .....</p>		<p>L. 521-3, dans la limite d'un nombre d'heures fixé par décret et sous réserve, pour l'employeur, de se conformer aux modalités de déclaration fixées par le décret mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 531-8 ;</p>	<p>« 3° Non modifié</p>
		<p>« 3° Des cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle, à hauteur de 3,70 €, dans les départements d'outre-mer ainsi que dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon.</p>	<p>« Alinéa sans modification</p>
		<p>« Ces déductions ne sont cumulables avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations. »</p>	<p>« La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus articles 575 et 575 A du code général des impôts. »</p>
<p>« Art L. 241-10. – I. – .....</p>	<p><b>Article 8 quater (nouveau)</b></p>	<p><b>Article 8 quater</b></p>	<p><b>Article 8 quater</b></p>
<p>III. – Sont exonérées de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail,</p>			<p>(Sans modification)</p>

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>par les structures suivantes :</p> <p>1° Les associations et entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du même code pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ;</p> <p>2° Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;</p> <p>3° Les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.</p> <p>Cette exonération s'applique à la fraction des rémunérations versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privatif :</p> <p>a) Des personnes mentionnées au I ;</p> <p>b) Des bénéficiaires soit de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les structures susmentionnées et un organisme de sécurité sociale, soit des prestations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles ou des mêmes prestations d'aide et d'accompagnement aux familles dans le cadre d'une convention conclue entre ces structures et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les tâches effectuées au bénéfice des personnes visées au a du I du présent article, du plafond</p>		<p>Après le b du 3° du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
prévu par ce même a.		« Le bénéfice du présent III ne peut s'appliquer dans les établissements, centres et services mentionnés aux 2° et 3°, au b du 5° et aux 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, au titre des prestations financées par les organismes de sécurité sociale en application de l'article L. 314-3 du même code. »	
Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par le présent III et notamment : .....		<b>Article 8 quinquies</b> <i>(nouveau)</i>	<b>Article 8 quinquies</b>
Art. L. 834-1. – Le financement de l'allocation de logement relevant du présent titre et des dépenses de gestion qui s'y rapportent est assuré par le fonds national d'aide au logement mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation.			
Pour concourir à ce financement, les employeurs sont assujettis à une cotisation recouvrée selon les règles applicables en matière de sécurité sociale et calculée selon les modalités suivantes :			<i>(Sans modification)</i>
1° Par application d'un taux sur la part des rémunérations plafonnées, pour les employeurs occupant moins de vingt salariés et pour les employeurs occupés aux activités mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime et les coopératives		Aux 1° et 2° de l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, après le mot : « taux », sont insérés les mots : « fixé par décret ».	

Texte en vigueur —	Texte du projet de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Propositions de la commission —
<p>mentionnées à l'article L. 521-1 du même code ;</p> <p>2° Pour les autres employeurs, par application d'un taux sur la totalité des rémunérations.</p> <p>Livre II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses Titre IV Ressources Chapitre II Assiette, taux et calcul des cotisations Section 1 Cotisations assises sur les rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés et assimilés Sous-section 1 Dispositions générales</p>	<p><b>Article 9</b></p> <p>À la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, après l'article L. 242-4-3, il est inséré un article L. 242-4-4 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 242-4-4. – Les cotisations forfaitaires fixées par arrêté pris en application des dispositions des articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 ne peuvent être calculées sur une base inférieure à 70 % de la rémunération lorsque celle-ci est égale ou supérieure à 1,5 fois la valeur du plafond mentionné à l'article L. 241-3. ».</p>	<p><b>Article 9</b></p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, est ainsi modifié :</p> <p>1° La sous-section 1 de la section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du titre IV du livre II est complétée par un article L. 242-4-4 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 242-4-4. – Pour l'application des articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 du présent code ainsi que des articles L. 741-9 et L. 751-10 du code rural et de la pêche maritime, des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par décret pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés auxquels ne s'applique pas le salaire minimum de croissance ou qui sont soumis à l'obligation d'affiliation prévue à l'article L. 311-3 du présent code, afin de préserver leurs droits aux assurances sociales. Ces cotisations ne peuvent excéder celles dues au niveau du salaire minimum de croissance à plein temps.</p> <p>« Des cotisations forfaitaires peuvent également être fixées par</p>	<p><b>Article 9</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° La ... ... du chapitre II du titre IV ...</p> <p>... rédigé :</p> <p>« Art. L. 242-4-4. – Alinéa sans modification</p> <p>« Des ....</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 241-2. – Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :</p>		<p>décret pour certaines activités revêtant un caractère occasionnel ou saisonnier, sous réserve, pour les rémunérations égales ou supérieures à 1,5 fois la valeur du plafond mentionné à l'article L. 241-3 correspondant à la durée du travail, que leur application ne conduise pas à une diminution de plus de 30 % du montant qui serait dû en l'absence de telles cotisations forfaitaires. » ;</p>	<p>... que la base de calcul des cotisations soit au moins égale à 70 % de la rémunération. » ;</p>
<p>Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés.</p>		<p>2° (nouveau) Le quatrième alinéa de l'article L. 241-2, le troisième alinéa de l'article L. 241-3 et le deuxième alinéa de l'article L. 241-5 sont supprimés ;</p>	<p>2° Non modifié</p>
<p>Art. L. 241-3. – La ...</p> <p>Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par des arrêtés ministériels pour certaines catégories de salariés ou assimilés.</p>			
<p>Art. L. 241-5. – Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont à la charge exclusive des employeurs. Elles sont assises sur les rémunérations ou gains des salariés.</p>			
<p>Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de salariés ou assimilés.</p>			
<p>Art. L. 241-6. – Les charges de prestations familiales dont bénéficient les</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, ainsi que les charges afférentes à la gestion et au service de ces prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la Caisse nationale des allocations familiales, qui suit l'exécution de toutes les dépenses.</p>			
<p>Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au premier alinéa comprennent :</p>			
<p>1° Des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les salariés des professions non agricoles et agricoles. Ces cotisations sont intégralement à la charge de l'employeur. Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés ;</p>		<p>3° <i>(nouveau)</i> La dernière phrase du 1° de l'article L. 241-6 est supprimée.</p>	<p>3° Non modifié</p>
<p>..... <b>Code rural et de la pêche maritime</b></p>		<p>II <i>(nouveau)</i>. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	<p>II. – Non modifié</p>
<p>Art. L. 741-13. – Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté interministériel pour certaines catégories d'assurés.</p>		<p>1° – Le premier alinéa de l'article L. 741-13 est supprimé ;</p>	
<p>Les taux des contributions patronales et ouvrières dues pour les stagiaires remplissant les conditions fixées par décret en Conseil d'État peuvent être réduits par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale.</p>			
<p>Art. L. 751-19. – Des cotisations forfaitaires peuvent</p>		<p>2° L'article L. 751-19 est abrogé ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>être fixées par arrêté interministériel, dans les conditions définies à l'article L. 751-15, pour certaines catégories de salariés agricoles.</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p>III (<i>nouveau</i>). – Les cotisations forfaitaires fixées par arrêté ministériel en application des articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que du premier alinéa de l'article L. 741-13 et de l'article L. 751-19 du code rural et de la pêche maritime dans leur rédaction antérieure à la présente loi, demeurent applicables jusqu'à la publication du décret prévu à l'article L. 242-4-4 du code de la sécurité sociale et, à défaut, jusqu'au 31 décembre 2015.</p>	<p>—</p> <p>III. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Livre I<sup>er</sup> Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre VIII Contributions à la charge des entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique Section 1 Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique</p> <p>Section 2 Contributions à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique</p> <p>Art. L. 138-10. – I. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 10</b></p> <p>I. – Le chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° À l'intitulé du chapitre et de la section 1, les mots : « au sens de l'article L. 596 » sont supprimés ;</p> <p>2° La section 2 est ainsi rédigée :</p> <p>« Section 2 « Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques</p> <p>« Art. L. 138-10. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 10</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° À la fin de l'intitulé ... ... L.596 du code de la santé publique » sont supprimés ;</p> <p>2° Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 138-10. – Lorsque ...</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 10</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p> <p>2° Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 138-10. – Lorsque ...</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p>	<p>plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus de L %, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p>	<p>... évolué de plus d'un taux (L), déterminé ...</p>	<p>... L. 162-18 du présent code et ...</p>
<p>Ne sont pas pris en compte, pour la détermination de l'assiette de la contribution :</p>	<p>« Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa du présent article sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7 du présent code, à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>– le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises mentionnées au premier alinéa ayant passé convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions définies au septième alinéa du présent I ;</p>	<p>« 1° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite de</p>	<p>« 1° Les ...</p>	<p>« 1° Non modifié</p>
		<p>... la limite des</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission								
<p>—</p> <p>— lorsqu'il n'excède pas 30 millions d'euros, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre de tout médicament orphelin au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.</p>	<p>— l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne, pour lesquels le chiffre d'affaire hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ;</p> <p>« 2° Les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.</p>	<p>— indications au titre desquelles ...</p> <p>... d'euros.</p> <p>« 2° Non modifié</p>	<p>—</p> <p>« 2° Non modifié</p>								
<p>Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :</p>											
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="113 1411 279 1601">Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables</td> <td data-bbox="279 1411 454 1601">Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables</td> </tr> <tr> <td data-bbox="113 1601 279 1668">T supérieur à K (*) et / ou égal à K + 0,5 point</td> <td data-bbox="279 1601 454 1668">50 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="113 1668 279 1747">T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point</td> <td data-bbox="279 1668 454 1747">60 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="113 1747 279 1803">T supérieur à K + 1 point et plus</td> <td data-bbox="279 1747 454 1803">70 %</td> </tr> </table>	Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables	T supérieur à K (*) et / ou égal à K + 0,5 point	50 %	T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %	T supérieur à K + 1 point et plus	70 %			
Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables										
T supérieur à K (*) et / ou égal à K + 0,5 point	50 %										
T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %										
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %										
<p>(*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.</p>											
<p>Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu, postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 1999, une conven-</p>											

**Texte en vigueur**

—

tion avec le Comité économique des produits de santé en application de l'article L. 162-16-4, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18 et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour

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

II. — Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la  
commission**

—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ces listes, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p>			
<p>Ne sont pas pris en compte, pour la détermination de l'assiette de la contribution :</p>			
<p>– le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises mentionnées au premier alinéa ayant passé convention avec le Comité économique des produits de santé dans les conditions définies au septième alinéa du présent II ;</p>			
<p>– lorsqu'il n'excède pas 30 millions d'euros, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre de tout médicament orphelin au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 précité inscrit sur une des listes mentionnées au premier alinéa du présent II.</p>			

**Texte en vigueur**

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

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

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

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

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>treprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p>			
<p>Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.</p>			
<p>III. – Les dispositions des articles L. 138-11 à L. 138-19 sont applicables séparément à chacune des contributions prévues aux I et II du présent article.</p>			
<p>Art. L. 138-11. – Le montant global de la contribution tel que calculé en application de l'article L. 138-10 est ainsi réparti :</p>	<p>« Art. L. 138-11. – L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-10 minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1.</p>	<p>« Art. L. 138-11. – Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 138-11. – Non modifié</p>
<p>a) A concurrence de 30 %, sur le chiffre d'affaires des entreprises redevables tel que défini à l'article L. 138-10 ;</p>	<p>« Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due</p>	<p>« Pour ...</p> <p>... L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un ...</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>b) A concurrence de 40 %, sur la progression du chiffre d'affaires tel que défini à l'article L. 138-10, réalisé en France par les entreprises redevables au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, par rapport au chiffre d'affaires réalisé en France au titre des spécialités inscrites sur ladite liste par les mêmes entreprises, lorsque cette progression est supérieure au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel que défini à l'article L. 138-10 ;</p> <p>c) A concurrence de 30 % sur les charges mentionnées au I de l'article L. 245-2, après déduction, le cas échéant, des abattements prévus au II du même article, exposées par l'ensemble des entreprises redevables.</p> <p>Les entreprises créées depuis moins de deux ans ne sont pas redevables de la part de la contribution mentionnée au b du présent article, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une</p>	<p>en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1 multiplié par la différence entre l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article et le dernier prix proposé ou déclaré par l'entreprise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.</p>	<p>... multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article.</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission								
<p>entreprise ou d'un groupe.</p>											
<p>Les règles d'exonération prévues par l'article L. 245-4 sont applicables au calcul de la part de la contribution prévue au c du présent article.</p>											
<p>Art. L. 138-12. – La fraction de la part de la contribution prévue au a de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre son chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, et le montant total du chiffre d'affaires, défini à l'article L. 138-10, déclaré par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.</p>	<p>« Art. L. 138-12. – Le montant total de la contribution est calculé comme suit :</p>	<p>« Art. L. 138-12. – Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 138-12. – Non modifié</p>								
<p>La fraction de la part de la contribution visée au b de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre la progression de son chiffre d'affaires et la somme des progressions de chiffres d'affaires supérieures au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, déclarées par l'ensemble des entreprises redevables, multiplié par le montant total de ladite part.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="451 779 627 972">Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)</th> <th data-bbox="627 779 796 972">Taux de la contribution, exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="451 972 627 1093">T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point</td> <td data-bbox="627 972 796 1093">50 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="451 1093 627 1214">T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point</td> <td data-bbox="627 1093 796 1214">60 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="451 1214 627 1283">T supérieur à L + 1 point</td> <td data-bbox="627 1214 796 1283">70 %</td> </tr> </tbody> </table>	Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Taux de la contribution, exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée	T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point	50 %	T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	60 %	T supérieur à L + 1 point	70 %	<p>Tableau non modifié</p>	
Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Taux de la contribution, exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée										
T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point	50 %										
T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	60 %										
T supérieur à L + 1 point	70 %										
	<p>« La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 60 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 40 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires défini à l'article L. 138-10. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.</p>	<p>« La ... ... concurrence de 50 %, au prorata ...</p>	<p>... concurrence de 50 %, en fonction ...</p>								
		<p>... groupe.</p>									

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>La fraction de la part de la contribution visée au c de l'article L. 138-11, mise à la charge de chaque entreprise redevable, est égale au rapport entre le montant versé par l'entreprise en application de l'article L. 245-1 et le montant total de la contribution versée au même titre par l'ensemble des entreprises redevables de la contribution prévue à l'article L. 138-10 à l'échéance du 1er mars de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution visée à l'article L. 138-10 est due, multiplié par le montant total de ladite part.</p> <p>Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les éléments nécessaires au calcul des parts de contribution susmentionnées.</p> <p>Le montant de la contribution ne peut excéder, pour chaque entreprise assujettie, 10 % du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-10.</p> <p>Les entreprises exonérées de la contribution versée en application de l'article L. 245-1 sont exonérées de la fraction de la part de contribution visée au c de l'article L. 138-11.</p>	<p>« Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 138-13. – Les ...</p>
<p>Art. L. 138-13. – Les parts de la contribution mentionnées au a et au b de l'article L. 138-11 font l'objet d'un versement au plus tard le 1er juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p>	<p>« Art L. 138-13. – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de</p>	<p>« Art L. 138-13. – Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 138-13. – Les ...</p> <p>... médicaments de la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>La part de la contribution mentionnée au c de l'article L. 138-11 fait l'objet d'un versement provisionnel au plus tard le 1er juin de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ce versement provisionnel est assis sur les sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er mars précédent. Ce montant est régularisé le 1er juin de l'année suivant l'année au cours de laquelle est effectué le versement provisionnel.</p>	<p>laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.</p> <p>« Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. Une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.</p>	<p>« Les ...</p> <p>... contribution. À défaut, une entreprise ...</p> <p>... contribution.</p>	<p>décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement de remises à l'un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p> <p>« Les entreprises exploitant les médicaments de la liste précitée bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Cette régularisation est établie sur la base des sommes versées par les entreprises redevables, en application de l'article L. 245-1, le 1er mars précédant cette date.</p>	<p>« Art. L. 138-14. – Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-10 s'entend de ce groupe.</p>	<p>« Art. L. 138-14. – Alinéa sans modification</p>	<p>« Les remises mentionnées aux premier et deuxième alinéas sont déduites de la contribution. Une entreprise signataire d'un accord mentionné aux premier et deuxième alinéas du présent article est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 80 % du montant dont elle serait redevable au titre de la contribution. »</p>
	<p>« Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.</p>	<p>« Le groupe mentionné au premier alinéa du présent article est constitué, d'une part, par une entreprise ayant, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due et, d'autre part, par les sociétés ...</p> <p>... article.</p>	<p>« Art. L. 138-14. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 138-15. – En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.</p>	<p>« La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code, désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 138-15. – Non modifié</p>
	<p>« En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« Art. L. 138-15. – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1<sup>er</sup> juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p>	<p>« Art. L. 138-15. – Non modifié</p>	
	<p>« Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l'article L. 162-18.</p>		
	<p>« Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 138-16. – En cas de non-déclaration dans les délais prescrits ou de déclaration manifestement erronée de certaines entreprises redevables, le taux de croissance du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables est déterminé par le rapport entre la somme des chiffres d'affaires valablement déclarés au titre de l'année civile et la somme des chiffres d'affaires réalisés par les mêmes entreprises au titre de l'année civile précédente.</p>	<p>sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1<sup>er</sup> mars de l'année suivante.</p> <p>« Art. L. 138-16. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;</p>	<p>« Art. L. 138-16. – Non modifié</p>	<p>« Art. L. 138-16. – Non modifié</p>
<p>Art. L. 138-17. – La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>3° Les articles L. 138-17 à L. 138-19 sont abrogés.</p>	<p>3° Non modifié</p>	<p>3° Non modifié</p>
<p>Art. L. 138-18. – Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>			
<p>Art. L. 138-19. – Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-10 s'entend de ce</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
groupe.	<p>Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle est appelée la contribution, en application des dispositions de l'article L. 233-16 du code de commerce, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.</p>	<p>II. – Alinéa sans modification</p>	<p>II. – Non modifié</p>
<p>Toutefois, la société qui acquitte la contribution adresse à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.</p>	<p>II. – Le I s'applique pour le calcul de la contribution due à compter de l'année 2015.</p>	<p>Le ... ... articles L. 138-10 et L. 138-12 du ... ... -1%.</p>	<p>III. – Non modifié</p>
	<p>III. – À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 700 millions d'euros.</p>	<p>III. – Non modifié</p>	<p>III. – Non modifié</p>
		<p>III bis (nouveau). – Au 2<sup>o</sup> de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, après le mot : « articles », sont insérées les références : « L. 138-13, L. 138-19-4, » ;</p>	<p>III bis. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>Art. L. 162-22-7-1. – Le Comité économique des produits de santé peut fixer pour chacun des médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le tarif de responsabilité mentionné aux</p>	<p>IV. – L'article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :</p> <p>« Art. L. 162-17-5. – Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnés à l'article L. 162-22-7, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionné aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L.162-16-6 et L. 165-7, des produits et prestations concernés.</p> <p>« Les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire. »</p>	<p>IV. – Non modifié</p> <p>V. – Non modifié</p>	<p>IV. – Non modifié</p> <p>V. – Non modifié</p>

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>articles L. 162-16-6 et L. 165-7. Les entreprises peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire.</p>			
<b>Code général des impôts</b>	<b>Article 11</b>	<b>Article 11</b>	<b>Article 11</b>
<p>Art. 1600-0 O. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une taxe annuelle perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article 1600-0 O est abrogé ;</p>	<p>I. – Non modifié</p>	<p>I. – Non modifié</p>
<p>II. – Les dispositifs mentionnés au I sont les dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro définis à l'article L. 5221-1 du même code.</p>			
<p>III. – L'assiette de la taxe est constituée du montant total des ventes de dispositifs mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes portant sur les dispositifs mentionnés au même II lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne.</p>			
<p>IV. Le taux de cette</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>taxe est fixé à 0,29 %.</p> <p>V. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de dispositifs mentionnés au II.</p> <p>Le fait générateur de la taxe intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II.</p> <p>La taxe est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.</p> <p>Art. 1600-0 Q. – I. – Les redevables des taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P déclarent ces taxes sur l'annexe à la déclaration mentionnée à l'article 287 et déposée au titre des opérations du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile. Le montant de chacune des taxes concernées est acquitté lors du dépôt de la déclaration.</p> <p>Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A déclarent et acquittent les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287.</p> <p>II. – Les taxes men-</p>	<p>2° L'article 1600-0 Q est ainsi modifié :</p> <p>a) Le premier alinéa du I est ainsi modifié :</p> <p>– à la première phrase, les mots : « des taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P déclarent ces taxes » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 P déclarent cette taxe » ;</p> <p>– à la seconde phrase, les mots : « chacune des taxes concernées » sont remplacés par les mots : « la taxe concernée » ;</p> <p>b) Au second alinéa du même I, les mots : « les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « la taxe mentionnée au I de l'article » ;</p> <p>c) Au début de la première phrase du II, les mots : « Les taxes</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>tionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P sont constatées, recouvrées et contrôlées selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe.</p>	<p>mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P sont constatées, recouvrées et contrôlées » sont remplacés par les mots : « La taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 P est constatée, recouvrée et contrôlée » ;</p>		
<p>III. – Lorsque les redevables des taxes mentionnées au même I ne sont pas établis dans un État membre de l'Union européenne ou dans tout autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen et ayant conclu une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscales, ils sont tenus de faire accrédi-ter auprès du service des impôts compétent un représentant assujéti à la taxe sur la valeur ajoutée établi en France qui s'engage à remplir les formalités incombant à ces redevables et, en cas d'opération imposable, à acquitter les taxes à leur place.</p>	<p>d) Au premier alinéa du III, les mots : « des taxes mentionnées » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée » et les mots : « les taxes » sont remplacés par les mots : « la taxe » ;</p>		
<p>Ce représentant tient à la disposition de l'administration fiscale la comptabilité afférente aux ventes des dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O et aux produits mentionnés au II de l'article 1600-0 P.</p>	<p>e) Au second alinéa du même III, les mots : « dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O et aux » sont supprimés ;</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>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.</p>	<p>f) Au IV, les mots : « des taxes mentionnées aux articles 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée à l'article » ;</p>		
<p>Art. 1647. – I. – Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement sur le montant :</p>			
<p>a. Abrogé ;</p>			
<p>b. Des droits, taxes, redevances et autres impositions visés au II de l'article 1635 <i>ter</i>.</p>			
<p>Le taux de ce prélèvement est fixé à 4 % du montant des recouvrements.</p>			
<p>II. – (Sans objet)</p>			
<p>III. – Pour frais de recouvrement, l'État effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale. Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances.</p>			
<p>III bis. – Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État effectue un prélèvement de 0,5 % sur le montant des taxes mentionnées aux articles 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés aux articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH.</p>	<p>3° Au III bis de l'article 1647, la référence : « 1600-0 O, » est supprimée.</p>		
.....			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>XVII. – Pour frais d’assiette et de recouvrement, l’État prélève 0,5 % des sommes recouvrées au titre de la contribution additionnelle, dénommée taxe de solidarité sur les billets d’avion, au profit du fonds de solidarité pour le développement prévue au VI de l’article 302 bis K, ainsi que sur le montant de la taxe d’aéroport et de sa majoration mentionnées à l’article 1609 quatervicies et sur le montant de la taxe sur les nuisances sonores aériennes mentionnée à l’article 1609 quatervicies A.</p>			
<p>Les sommes prélevées en application du premier alinéa du présent XVII par les agents comptables du budget annexe « Contrôle et exploitation aériens » mentionnés au V de l’article 302 bis K sont affectées au budget annexe précité.</p>			
<p><b>Livre des procédures fiscales</b></p>			
<p>Art. L. 166 D. – L’administration chargée du recouvrement de la taxe prévue à l’article 1600-0 O du code général des impôts transmet à l’agence mentionnée à l’article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de ces taxes, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret : le nom de l’établissement, l’identifiant SIRET, l’adresse de l’établissement principal ou du siège du redevable et le montant acquitté pour chacune des taxes précitées.</p>	<p>II. – Le premier alinéa de l’article L. 166 D du livre des procédures fiscales est supprimé.</p>	<p>II. – Non modifié</p>	<p>II. – Non modifié</p>
<p>L’administration</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>chargée du recouvrement du droit prévu à l'article 1635 bis AE du code général des impôts et l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique se transmettent spontanément ou sur demande les informations relatives aux droits perçus au titre de l'article 1635 bis AE du code général des impôts et aux quittances établies conformément à ce même article 1635 bis AE.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>			
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p>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</p>	<p>III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le dernier alinéa de l'article L. 138-9-1 est ainsi rédigé :</p>	<p>III. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p>	<p>III. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p>

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>pharmaceutique, des chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consentis, conformément à l'article L. 138-9 du présent code, au titre des ventes de ces spécialités pharmaceutiques remboursables aux officines de pharmacie.</p> <p>Lorsque la déclaration prévue au présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis ou lorsque cette déclaration s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par le fournisseur au titre du dernier exercice clos. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année.</p> <p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.</p> <p>La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Art. L. 138-20. – Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations,</p>	<p>« La déclaration prévue au présent article doit être effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, le comité peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires hors taxe des ventes réalisées en France. Les troisième et quatrième alinéas du présent article sont applicables à cette pénalité » ;</p> <p>2° L'article L. 138-20 est ainsi modifié :</p> <p>a) À la première phrase du premier alinéa, après la référence : « L. 245-5-1 », est insérée la référence : « L. 245-5-5-1 » ;</p>	<p>« La ... ... article est effectuée par ...</p> <p>... pénalité » ;</p> <p>2° Non modifié</p>	<p>2° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p>	<p>b) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Les déclarations et versements afférents à ces contributions sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>« La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au deuxième alinéa du présent article entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des contributions dont la déclaration ou le versement a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement de ces contributions dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces contributions. » ;</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p> <p>a) Non modifié</p>	<p>3° Non modifié</p>
<p>Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.</p>	<p>3° L'article L. 165-5 est ainsi modifié :</p>		
<p>Art. L. 165-5. – Les fabricants ou distributeurs sont tenus, sans préjudice des</p>	<p>a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;</p>		

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>dispositions de l'article L. 5211-4 du code de la santé publique, de déclarer auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé l'ensemble des produits ou prestations qu'ils commercialisent et inscrivent, sous quelque forme que ce soit, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code, en précisant pour chaque produit ou prestation le code correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste. Ils sont tenus de la même obligation pour toute modification affectant le code d'un produit ou d'une prestation antérieurement déclaré.</p> <p>Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du fabricant ou du distributeur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations considérés ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.</p> <p>La pénalité mentionnée au deuxième alinéa est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à</p>			

Texte en vigueur —	Texte du projet de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Propositions de la commission —
<p>l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours en pleine juridiction.</p>	<p>b) Le dernier alinéa est remplacé par un II ainsi rédigé :</p>	<p>b) Alinéa sans modification</p>	
<p>Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités et délais de la déclaration prévue au premier alinéa, ainsi que les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière sont déterminés par décret en Conseil d'État.</p>	<p>« II. – La déclaration prévue au I doit être effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, l'agence peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires mentionné au deuxième alinéa du I. Le dernier alinéa du I est applicable à cette pénalité. » ;</p>	<p>« II. – La ... ... au I est effectuée par ...  ... pénalité. » ;</p>	
<p>Art. L. 241-2. – Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :</p>	<p>4° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :</p>	<p>4° Non modifié</p>	<p>4° Non modifié</p>
<p>1° Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;</p>			
<p>2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.</p>			
<p>Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>travailleurs salariés ou assimilés.</p>			
<p>Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article.</p>			
<p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :</p>			
<p>1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ;</p>			
<p>.....</p>			
<p>6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ;</p>	<p>a) Au 6°, après la référence : « L. 245-5-1 », est insérée la référence : « , L. 245-5-5-1 » ;</p>		
<p>7° Les taxes perçues au titre des articles 1600 O et 1600-R du code général des impôts et les droits perçus au titre des articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du même code et de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ;</p>	<p>b) Au début du 7°, les mots : « Les taxes perçues au titre des articles L. 1600-O et » sont remplacés par les mots : « La taxe perçue au titre de l'article » ;</p>		
<p>8° Une fraction du produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts.</p>			
<p>Livre II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>caisses. (Articles L. 200-1 à L. 200-3) Titre IV Ressources Chapitre V Ressources autres que les cotisations Section 2 Contribution à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1</p>	<p>5° Dans l'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre IV du livre II, le mot : « contribution » est remplacé par le mot : « contributions » ;</p> <p>6° Avant l'article L. 245-5-6, il est inséré un article L. 245-5-5-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 245-5-5-1 – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A du code général des impôts qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une contribution perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> <p>« II. – La contribution s'applique aux dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et aux dispositifs médicaux de diagnostic <i>in vitro</i> définis à l'article L. 5221-1 du même code.</p> <p>« III. – L'assiette de la contribution est constituée du montant total des ventes réalisées en France, au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due, de dispositifs mentionnés au II du présent article, hors taxe sur la valeur ajoutée.</p>	<p>5° À l'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre IV du livre II, le mot : « Contribution » est remplacé par le mot : « Contributions » et la référence : « L. 165-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-17 » ;</p> <p>6° Après l'article L. 245-5-5, il est inséré un article L. 245-5-5-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 245-5-5-1 – I. – Non modifié</p> <p>« II. – Non modifié</p> <p>« III. – Non modifié</p>	<p>5° Non modifié</p> <p>6° Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 245-5-5-1 – I. – Non modifié</p> <p>« II. – Non modifié</p> <p>« III. – L'assiette de la contribution est constituée du montant total des ventes de dispositifs mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due.</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	<p>« IV. – Le taux de la contribution <u>prévues au I du présent article</u> est fixé à 0,29 %.</p>	<p>« IV. – Le taux de la contribution est fixé à 0,29 %.</p>	<p>« IV. – Non modifié</p>
	<p>« V. – La contribution n'est pas exigible lorsque le montant total des ventes mentionnées au III n'a pas atteint, au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due, un montant hors taxes de 500 000 euros.</p>	<p>« V. – Non modifié</p>	<p>« V. – Non modifié</p>
	<p>« VI. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de dispositifs mentionnés au II.</p>	<p>« VI. – Non modifié</p>	<p>« VI. – Non modifié</p>
	<p>« Le fait générateur de la contribution intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II. La contribution est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.</p>		
	<p>« VII. – La contribution mentionnée au I du présent article est versée selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article L. 245-5-5 du présent code.</p>	<p>« VII. – Non modifié</p>	<p>« VII. – Non modifié</p>
	<p>« VIII. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale transmet à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de la contribution mentionnée au I du présent article, dans des conditions et suivant des modalités déterminées par décret.</p>	<p>« VIII. – Non modifié</p>	<p>« VIII. – Non modifié</p>
	<p>« Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en</p>		

Texte en vigueur —	Texte du projet de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Propositions de la commission —
	<p>application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal. »</p> <p>IV. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5121-18 du code de la santé publique, les mots : « du code de la sécurité sociale et de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « et de la contribution prévue à l'article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale ».</p> <p>V. – A. – Les 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> du III du présent article s'appliquent aux déclarations et versements effectués à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p> <p>B. – La taxe mentionnée à l'article 1600-0 O du code général des impôts, dans sa rédaction en vigueur antérieurement à la présente loi demeure exigible au titre des ventes des dispositifs mentionnés au II du même article réalisées jusqu'au 31 décembre 2014.</p> <p>La contribution prévue à l'article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte du présent article, est applicable aux ventes des dispositifs mentionnés au II du même article L. 245-5-5-1 réalisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p>	<p>IV. – Non modifié</p> <p>V. – A. – Non modifié</p> <p>B. – La ...</p> <p>... vigueur avant la publication de la présente loi, demeure ...</p> <p>... 2014.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>IV. – Non modifié</p> <p>V. – A. – Non modifié</p> <p>B. – La ...</p> <p>... rédaction antérieure à la présente loi, demeure ...</p> <p>... 2014.</p> <p>Alinéa sans modification</p>
	<p><b>Article 12</b></p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1<sup>o</sup> La section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VII du livre I<sup>er</sup> est complétée par des</p>	<p><b>Article 12</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1<sup>o</sup> Non modifié</p>	<p><b>Article 12</b></p> <p>(Sans modification)</p>
<p>Livre 1<sup>er</sup> Généralités - Dispositions communes à tout ou partie</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>des régimes de base Titre VII Coordination entre les régimes – Prise en charge de certaines dépenses par les régimes Chapitre I<sup>er</sup> Dispositions générales – Dispositions communes à l'assurance vieillesse et à l'assurance invalidité Section 1 Dispositions générales</p>	<p>articles L. 171-4 et L. 171-5 ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 171-4. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français peuvent conclure des conventions entre elles afin de confier à une ou plusieurs caisses de sécurité sociale l'exercice des recours subrogatoires prévus aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du présent code et à l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime.</p>	<p>—</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 376-1. – Lorsque, sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, la lésion dont l'assuré social ou son ayant droit est atteint est imputable à un tiers, l'assuré ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.</p> <p>Les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions ci-après.</p> <p>Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préju-</p>	<p>« Art. L. 171-5. – Pour l'exercice de l'action amiable mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 376-1 et au quatrième alinéa de l'article L. 454-1, une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et, le cas échéant, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en œuvre de cette procédure. » ;</p>		

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>dices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel.</p> <p>Conformément à l'article 1252 du code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée.</p> <p>Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice.</p> <p>Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable. Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en œuvre de cette procédure.</p>	<p>2° La seconde phrase du sixième alinéa de l'article L. 376-1 et du quatrième alinéa de l'article L. 454-1 est supprimée ;</p>	<p>2° Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer, en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident ainsi que les caisses de sécurité sociale auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques. Ils doivent appeler ces caisses en déclaration de jugement commun ou réciproquement. A défaut du respect de l'une de ces obligations, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans, à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y auront intérêt.</p>	<p>2° <i>bis (nouveau)</i> Au septième alinéa de l'article L. 376-1 et au cinquième alinéa de l'article L. 454-1, après le mot : « caisse », sont insérés les mots : « et, le cas échéant, l'organisme d'assurance maladie complémentaire concerné » ;</p>	
<p>En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, les montants</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.</p> <p>Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions, prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.</p> <p>Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>Art. L. 454-1. – Si la lésion dont est atteint l'assuré social est imputable à une personne autre que l'employeur ou ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.</p> <p>Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues de servir à la victime ou à ses ayants droit les presta-</p>			

**Texte en vigueur**

—

tions et indemnités prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident, dans les conditions ci-après ; ce recours est également ouvert à l'État et aux institutions privées, lorsque la victime est pupille de l'éducation surveillée, dans les conditions définies par décret.

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

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

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la  
commission**

—

**Texte en vigueur**

—

mise en œuvre de cette procédure.

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

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

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

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit du fonds national des accidents du travail de l'organisme national d'assurance maladie. Le mon-

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la  
commission**

—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>tant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.</p>			
<p>Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.</p>			
<p>Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime.</p>			
<p>Art. L.613-21. – Les dispositions des articles L. 217-1, L. 332-1, L. 375-1 et L. 376-1 à L. 376-3 sont applicables aux assurés et organismes relevant du présent titre.</p>	<p>3° À l'article L. 613-21, la référence : « L. 376-3 » est remplacée par la référence : « L. 376-4 » ;</p>	<p>3° Non modifié</p>	

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

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Livre VII Régimes divers – Dispositions diverses Titre II Régimes divers de non-salariés et assimilés Chapitre III Régime des avocats (assurance vieillesse et invalidité-décès) Section 3 Prestations Sous-section 7 Dispositions communes</p>	<p>L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;</p> <p>7° La sous-section 7 de la section 3 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-13-1 ainsi rédigé :</p>	<p>livre III est applicable aux prestations ...</p> <p>... chapitre. » ;</p> <p>7° Alinéa sans modification</p>	
<p>Livre VII Régimes divers – Dispositions diverses Titre II Régimes divers de non-salariés et assimilés Chapitre III Régime des avocats (assurance vieillesse et invalidité-décès) Section 4 Régime complémentaire d'assurance vieillesse et survivants</p>	<p>« Art. L. 723-13-1. – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application de la présente section. » ;</p> <p>8° La section 4 du même chapitre III est complétée par un article L. 723-21-1 ainsi rédigé :</p>	<p>« Art. L. 723-13-1. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations ...</p> <p>... section. » ;</p> <p>8° Alinéa sans modification</p>	
<p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p>	<p>« Art. L. 723-21-1. – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application de la présente section. »</p> <p>II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	<p>Art. L. 723-21-1. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations ...</p> <p>... section. »</p> <p>II. – Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	
<p>Livre VII</p>	<p>1° Le titre III du livre</p>	<p>1° Le titre III est</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Dispositions sociales Titre III Protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles</p>	<p>VII est complété par un chapitre III ainsi rédigé :</p> <p>« Chapitre III « Recours des caisses contre les tiers payeurs</p> <p>« Art. L. 733-1. – Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations servies en application du chapitre II du présent titre.</p> <p>« Pour l'application de ces articles, les caisses de mutualité sociale agricole sont substituées aux caisses d'assurance maladie. » ;</p>	<p>complété par un chapitre III ainsi rédigé :</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 733-1. – Le chapitre VI du titre VII du livre III du code de la sécurité sociale est applicable aux prestations ...</p> <p>... titre.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 761-16. – Les salariés des professions agricoles et forestières mentionnées au livre III (deuxième partie) du code local des assurances sociales bénéficient des dispositions des articles suivants du code de la sécurité sociale : L. 411-2, L. 433-2, L. 434-1 et L. 434-2 à L. 434-10, L. 434-13 à L. 434-16, L. 452-1 à L. 452-4, L. 454-1, L. 455-1, L. 455-1-1, L. 455-2 et L. 455-3.</p>	<p>2° Au premier alinéa de l'article L. 761-16, après la référence : « L. 454-1, » est insérée la référence : « L. 454-2, » ;</p>	<p>2° Non modifié</p>	
<p>Ils bénéficient également, dans des conditions fixées par décret, des dispositions des articles L. 461-1 à L. 461-8 du même code.</p>			
<p>Art. L. 761-19. – Les personnes non salariées des professions agricoles et forestières mentionnées au livre III, 2e partie, du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 sont soumises au régime</p>			

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>d'assurance-accidents du code local précité, sous réserve de la présente sous-section. Elles bénéficient également, dans des conditions fixées par décret, des dispositions de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>3° La seconde phrase de l'article L. 761-19 est complétée par les références : « ainsi que des articles L. 454-1 et L. 454-2 du même code » ;</p>	<p>3° Non modifié</p>	
<p>Art. L. 762-14. – Les dispositions des articles L. 145-1 à L. 145-8, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-28, L. 162-32, L. 162-35, L. 244-9, L. 244-12 à L. 244-14, L. 281-2, L. 322-2, L. 376-1 à L. 376-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime institué par la présente section.</p>	<p>4° Au premier alinéa de l'article L. 762-14, les mots : « à L. 376-3 » sont remplacés par les mots : « à L. 376-4 » ;</p>	<p>4° Au premier alinéa de l'article L. 762-14, les références : « , L. 376-1 à L. 376-3 » sont remplacées par la référence : « et le chapitre VI du titre VII du livre III » ;</p>	
<p>Les dispositions de l'article L. 355-2 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux pensions d'invalidité servies en application de la présente section.</p>			
<p>Art. L. 762-26. – Les dispositions des articles L. 722-16, L. 722-17, L. 731-42 et celles de la section 3 du chapitre II du titre III du présent livre relatives à l'assurance vieillesse des personnes non salariées sont applicables aux exploitations agricoles des départements d'outre-mer dans les conditions et sous les réserves énoncées à la présente section.</p>	<p>5° Au premier alinéa de l'article L. 762-26, après la référence : « chapitre II », est insérée la référence « et du chapitre III ».</p>	<p>5° Non modifié</p>	
<p>Les caisses mentionnées au 2° de l'article L. 762-2 sont chargées de servir la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 et l'allocation vieillesse due en application des dispositions législatives et réglementaires antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 1990.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	—	—	—
	<p>III. – Le présent article est applicable à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015.</p>	<p>III. – Non modifié</p>	
<b>Code de la sécurité sociale</b>		<b>Article 12 bis (nouveau)</b>	<b>Article 12 bis</b>
<p>Art. L. 131-6. – Les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur leur revenu d'activité non salarié.</p>		<p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<b><i>Supprimé</i></b>
<p>Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sans qu'il soit tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des reports déficitaires, des exonérations, du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts et des déductions à effectuer du chef des frais professionnels et des frais, droits et intérêts d'emprunt prévues au deuxième et dernier alinéas du 3<sup>o</sup> de l'article 83 du même code. En outre, les cotisations versées aux régimes facultatifs mentionnés au second alinéa du I de l'article 154 bis du même code ne sont admises en déduction que pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause avant le 13 février 1994.</p>		<p>1<sup>o</sup> Le troisième alinéa de l'article L. 131-6 est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :</p>	
<p>Est également prise en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur non salarié non</p>		<p>« Sont également pris en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, pour leur montant excédant 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant</p>	

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés et des revenus visés au 4° de l'article 124 du même code qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent alinéa ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant.</p> <p>.....</p>		<p>qu'ils détiennent en pleine propriété ou en usufruit :</p> <p>« 1° Les revenus définis aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur indépendant non 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° de l'article 124 du même code perçus par ces mêmes personnes ;</p> <p>« 2° En cas d'exercice de l'activité sous la forme d'une société passible de l'impôt sur le revenu, la part du revenu provenant de cette activité et soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux ou des bénéficiaires non commerciaux qui est perçue, lorsqu'ils sont associés de la société, par le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par les enfants mineurs non émancipés du travailleur indépendant non agricole.</p> <p>« Un décret en Conseil</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p> <p>Art. L. 741-10. – Entrent dans l'assiette pour le calcul des cotisations dues au titre des assurances sociales</p>		<p>d'État précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social, ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant mentionnées au troisième alinéa du présent article. »</p> <p>2° La sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II est complétée par un article L. 242-4-5 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 242-4-5. – I. – Sont considérés comme une rémunération, au sens de l'article L. 242-1, dans les conditions fixées aux troisième à sixième alinéas de l'article L. 131-6, les revenus définis à ce même article L. 131-6 qui sont perçus par les personnes mentionnées au II du présent article ou par leurs conjoints ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés.</p> <p>« II. – Le I s'applique aux personnes mentionnées aux 12° ou 23° de l'article L. 311-3 qui possèdent ensemble plus de la moitié du capital social, étant entendu que les actions appartenant, en toute propriété ou en usufruit, à leur conjoint ou au partenaire auquel elles sont liées par un pacte civil de solidarité et à leurs enfants mineurs non émancipés sont considérées comme possédées par elles. »</p> <p>II. – L'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>agricoles les rémunérations au sens des dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, sous les seules réserves mentionnées dans la présente section.</p>			
<p>Pour les candidats à l'installation effectuant un stage d'application en exploitation dans le cadre de la politique d'installation prévue à l'article L. 330-1 et auquel est subordonné le bénéfice des aides de l'Etat à l'installation en agriculture, l'assiette des cotisations est constituée par les sommes versées au stagiaire par l'exploitant maître de stage, déduction faite des frais de transport, de nourriture et de logement réellement engagés par le stagiaire ou imputés par l'exploitant sur la rémunération du stagiaire.</p>			
<p>Pour l'application de l'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale au régime de protection sociale des salariés agricoles, la référence aux a et b du 2° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence aux 1° et 8° du II de l'article L. 751-1 du présent code.</p>		<p>« Pour l'application de l'article L. 242-4-5 du code de la sécurité sociale au régime de protection sociale des salariés agricoles, les références aux troisième à sixième alinéas de l'article L. 131-6 du même code sont remplacées par les références aux cinquième à huitième alinéas de l'article L. 731-14 du présent code, les références aux 1° et 2° de ce même article L. 131-6 sont remplacées par les références</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 136-7. – I. – Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les produits de placements sur lesquels sont opérés les prélèvements prévus au II de l'article 125-0 A, aux II, III, second alinéa du 4° et deuxième alinéa du 9° du III bis de l'article 125 A et au I de l'article 125 D du même code, ainsi que les produits de placements mentionnés au I des articles 125 A et 125-0 A du même code retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu lorsque la personne qui en assure le paiement est établie en France, sont assujettis à une contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des articles L. 136-3 et L. 136-4 du présent code ou des 3° et 4° du II du présent article.</p> <p>.....</p> <p>II.-Sont également assujettis à la contribution selon les modalités prévues au premier alinéa du I, pour la part acquise à compter du 1er janvier 1997 et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date en ce qui</p>		<p>aux a et b du 4° de ce même article L. 731-14 et les références aux 12° et 23° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale sont remplacées par les références aux 8° et 9° de l'article L. 722-20 du présent code. »</p> <p>III. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des revenus perçus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p> <p><b>Article 12 ter (nouveau)</b></p>	<p><b>Article 12 ter</b></p>

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>concerne les placements visés du 3° au 9° ;</p> <p>.....</p> <p>5° Le gain net réalisé ou la rente viagère versée lors d'un retrait de sommes ou valeurs ou de la clôture d'un plan d'épargne en actions défini à l'article 163 quinquies D du code général des impôts dans les conditions ci-après :</p> <p>a) En cas de retrait ou de rachat entraînant la clôture du plan, le gain net est déterminé par différence entre, d'une part, la valeur liquidative du plan ou la valeur de rachat pour les contrats de capitalisation à la date du retrait ou du rachat et, d'autre part, la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 majorée des versements effectués depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats ;</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 651-1. – Il est institué une contribution sociale de solidarité à la charge :</p> <p>.....</p> <p>10°) Des sociétés ou organismes non visés aux 1° à 9° bis qui sont régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, à l'exception de ceux visés à l'article L. 521-1 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>.....</p>		<p>I. – Au a du 5° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, après la première occurrence du mot : « plan », sont insérés les mots : « ou en cas de clôture du plan en application du II de l'article L. 312-20 du code monétaire et financier, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence ».</p> <p>II. – Le I s'applique pour les faits générateurs intervenant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p> <p><b>Article 12 quater (nouveau)</b></p>	<p>I. – Non modifié</p> <p>II. – Le ...</p> <p>... du 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p> <p><b>Article 12 quater</b></p>
		<p>Le 10° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et de ceux mentionnés aux titres I<sup>er</sup> et II de la loi n° 83-657 du 20</p>	<p>Le 10° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : «, au titre I<sup>er</sup> de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au</p>

**Texte en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

**Code général des impôts**

Art. 575 A. – Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, les taux de la part proportionnelle et de la part spécifique sont fixés conformément au tableau ci-après :

Cigares et cigarillos	28	5
-----------------------	----	---

Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	62	30
--	----	----

**Code général des impôts**

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

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

juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale ».

**Article 12 quinquies (nouveau)**

Les deuxième et troisième colonnes de la troisième ligne du tableau de l'alinéa 2 de l'article 575 A du code général des impôts sont ainsi rédigées :

«

64,7	15
------	----

»

**CHAPITRE II  
SIMPLIFICATION DU  
RECOUVREMENT**

**Article 13**

I. – Non modifié

**CHAPITRE II  
SIMPLIFICATION DU  
RECOUVREMENT**

**Article 13**

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

1° L'article 995 est ainsi modifié :

développement de certaines activités d'économie sociale et à l'article L. 3441-2 du code des transports. »

**Article 12 quinquies**

I. – Non modifié

II (*nouveau*). – Les deuxième et troisième colonnes de la quatrième ligne du tableau de l'alinéa 2 de l'article 575 A du code général des impôts sont ainsi rédigés :

«

64,7	15
------	----

»

**CHAPITRE II  
SIMPLIFICATION DU  
RECOUVREMENT**

**Article 13**

I. – Alinéa sans modification

1° Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>10° Les contrats souscrits par le Centre national de transfusion sanguine pour le compte des centres de transfusion sanguine auprès du groupement d'assureurs des risques de transfusion sanguine pour satisfaire aux conditions de l'assurance obligatoire des dommages causés aux donneurs et aux receveurs de sang humain et de produits sanguins d'origine humaine ;</p>	<p>a) Le 11° est complété par les mots : « , à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur prévue à l'article L. 211-1 du code des assurances » ;</p>		
<p>11° Les assurances contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes ;</p>			
<p>12° Les contrats d'assurance couvrant les risques de toute nature afférents aux récoltes, cultures, cheptel vif, cheptel mort, bâtiments affectés aux exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci.</p>	<p>b) Le second alinéa du 12° est complété par les mots : « , à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur prévue au même article L. 211-1 » ;</p>		
<p>Cette exonération s'applique, dans les mêmes conditions, aux camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires ;</p>			
<p>13° Les contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales</p>	<p>c) Le 13° est abrogé ;</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4, L.722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes, lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation, si ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>d) Il est ajouté un 18° ainsi rédigé :</p>		
<p>14° Les contrats d'assurance dépendance ;</p>	<p>« 18° Les contrats d'assurance maladie assujettis à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. » ;</p>		
<p>15° et 16° Abrogés ;</p>	<p>2° L'article 1001 est ainsi modifié :</p>		<p>2° Dans sa rédaction issue de l'article ... de la loi n° .... de finances pour 2015, l'article 1001 est ainsi modifié :</p>
<p>17° Les cotisations versées par les exploitants de remontées mécaniques dans le cadre du système mutualiste d'assurance contre les aléas climatiques.</p>	<p>1° Pour les assurances contre l'incendie :</p>		
<p>Art. 1001. – Le tarif de la taxe spéciale sur les contrats d'assurances est fixé :</p>	<p>À 7 % pour les assurances contre l'incendie relatives à des risques agricoles non exonérés ; sont, d'une manière générale, considérées comme présentant le caractère d'assurance de risques</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>agricoles, les assurances de tous les risques des personnes physiques ou morales exerçant exclusivement ou principalement une profession agricole ou connexe à l'agriculture telles que ces professions sont définies par les articles L. 722-9 et L.722-28 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que les assurances des risques des membres de leurs familles vivant avec eux sur l'exploitation et de leur personnel et les assurances des risques, par leur nature, spécifiquement agricoles ou connexes ;</p>			
<p>À 24 % pour les assurances contre l'incendie souscrites auprès des caisses départementales ;</p>			
<p>À 30 % pour toutes les autres assurances contre l'incendie ;</p>			
<p>Toutefois les taux de la taxe sont réduits à 7 % pour les assurances contre l'incendie des biens affectés de façon permanente et exclusive à une activité industrielle, commerciale, artisanale ou agricole, ainsi que des bâtiments administratifs des collectivités locales ;</p>			
<p>2° Pour les assurances garantissant les pertes d'exploitation consécutives à l'incendie dans le cadre d'une activité industrielle, commerciale, artisanale ou agricole :</p>			
<p>À 7 % ;</p>			
<p>2° bis À 7 % pour les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré</p>	<p>a) Les 2° bis et 2° ter sont abrogés ;</p>		<p>a) Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que pour les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1 ;</p>			
<p>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°<i>bis</i> respectivement pour ces deux types de contrat ;</p>			
<p>3° À 19 % pour les assurances contre les risques de toute nature de navigation maritime ou fluviale des bateaux de sport ou de plaisance ;</p>			
<p>4° (Abrogé) ;</p>			
<p>5° (Abrogé) ;</p>			
<p>5° bis À 18 % pour les assurances contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur ;</p>	<p>b) Le 5° bis est complété par les mots : « autres que les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue à l'article L. 211-1 du</p>		<p>b) Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>6° Pour toutes autres assurances :</p> <p>À 9 %.</p> <p>Les risques d'incendie couverts par des assurances ayant pour objet des risques de transport sont compris dans les risques désignés sous le 3° ou sous le 5° <i>bis</i>.</p> <p>Le produit de la taxe est affecté aux départements, à l'exception du produit de la taxe afférente aux contrats visés au 2° <i>bis</i>, qui est affecté, par parts égales, à la</p>	<p>code des assurances » ;</p> <p>c) Après le 5° bis, il est inséré un 5° quater ainsi rédigé :</p> <p>« 5° quater À 15 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue à l'article L. 211-1 du code des assurances et concernant les véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes ainsi que les camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires des exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci ;</p> <p>« À 33 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée au même article L. 211-1 pour les véhicules autres que ceux mentionnés au premier alinéa du présent 5° quater ; »</p> <p>d) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :</p> <p>« Le produit de la taxe est affecté aux départements, à l'exception de la fraction correspondant à un taux de 13,3 % du produit de la taxe au taux de 33 % et du produit de la</p>		<p>c) Après le 5° ter, il est inséré un 5° quater ainsi rédigé :</p> <p>« 5° quater Non modifié</p> <p>d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« d) d'une fraction correspondant à un taux de 13,3 % du produit de la taxe au taux de 33 % et du produit de la taxe au taux de 15 % mentionnés au 5° quater, qui</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à l'exception d'une fraction du produit de la taxe afférente aux contrats mentionnés au 2° <i>ter</i> qui est affectée, pour la part correspondant à un taux de 5 %, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>taxe au taux de 15 % mentionnés au 5° quater qui sont affectés dans les conditions prévues à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. ».</p>		<p>sont affectés dans les conditions prévues à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. »</p>
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>	<p>II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>II. – Non modifié</p>	<p>II. – Alinéa sans modification</p>
<p>Art. L. 131-8. – Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p>	<p>A. – Le 4° de l'article L. 131-8 est ainsi rédigé :</p>	<p>A. – Non modifié</p>	<p>A. – L'article L. 131-8 est ainsi modifié:</p>
<p>1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :</p>			
<p>– à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,5 % ;</p>			
<p>– à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 27,5 % ;</p>			
<p>– au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 19 % ;</p>			
<p>2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;			
3° Le produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6, est versé à la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2 ;			a) Le 3° est abrogé ;
4° Le produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts est affecté, à parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;	« 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au dernier alinéa de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ; ».		b) Le 4° est ainsi rédigé :  « 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au dernier alinéa de l'article 1001 du code général des impôts dans sa rédaction issue de l'article ... de la loi n° .... de finances pour 2015 est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ; »
.....			
Livres I <sup>er</sup> Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre III Dispositions communes relatives au financement Chapitre VII Recettes diverses Section 3 Contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur.	B. – La section 3 du chapitre VII du titre III du livre I <sup>er</sup> est abrogée.	B. – Non modifié	B. – Non modifié
Art. L. 137-6. – Une contribution est due par toute personne physique ou morale qui est soumise à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances.			
Le taux de la contribution est fixé à 15 % du montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation afférentes à l'assurance			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>obligatoire susmentionnée.</p> <p>Art. L. 137-7. – La contribution est perçue par les entreprises d'assurance, dans les mêmes conditions et en même temps que ces primes.</p> <p>Les entreprises d'assurance versent le produit de la contribution au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque bimestre. Ce produit correspond au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises au cours de chaque bimestre, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction du prélèvement destiné à compenser les frais de gestion dont le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.</p> <p>La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>C. – Au premier alinéa de l'article L. 138-20, la référence : « L. 137-6, » est supprimée.</p>	<p>C. – Non modifié</p>	<p>C. – Non modifié</p>
<p>Art. L. 137-9. – Un décret en Conseil d'État fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente section.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p>			
<p>Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.</p>			
<p>Art. L. 241-16. – Les charges de prestations familiales dont bénéficient les salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, ainsi que les charges afférentes à la gestion et au service de ces prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la Caisse nationale des allocations familiales, qui suit l'exécution de toutes les dépenses.</p>		<p><i>C bis (nouveau).</i> – Le 5° de l'article L. 241-6 est ainsi rédigé :</p>	<p><i>C bis.</i> – Non modifié</p>
<p>..... 5° Le produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts ; .....</p>		<p>« 5° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ; »</p>	
<p>Art. L. 862-3. – Les recettes du fonds institué à l'article L. 862-1 sont constituées du produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 et d'une fraction, fixée à l'article L. 131-8, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts.</p>	<p>D. – À l'article L. 862-3, après le mot : « constitués », sont insérés les mots : « d'une fraction ».</p>	<p>D. – Non modifié</p>	<p>D. – Non modifié</p>
	<p>E. – L'article L. 862-4 est ainsi modifié :</p>	<p>E. – Alinéa sans modification</p>	<p>E. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 862-4. – I. – Il est perçu, au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.</p>	<p>1° Le I est ainsi modifié :</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p>	
	<p>a) Au premier alinéa, les mots : « , au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, » sont supprimés et les mots : « afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de » sont remplacés par les mots : « maladie complémentaire versées pour les » ;</p>	<p>a) Non modifié</p>	
	<p>b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :</p>	<p>b) Non modifié</p>	
<p>La taxe est assise sur la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée au profit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.</p>	<p>– les mots : « la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée » sont remplacés par les mots : « le montant des sommes stipulées » ;</p>		
	<p>– est ajoutée une phrase ainsi rédigée :</p>		
	<p>« Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient, directement ou indirectement, du fait de l'assuré. » ;</p>		
<p>Elle est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois,</p>		<p>c) (<i>nouveau</i>) Au début de la première phrase du troisième alinéa, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « La taxe » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes. La taxe est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.</p>	<p>2° Le II est ainsi modifié :</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	
<p>Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au deuxième alinéa à l'appui de leurs versements.</p>	<p>a) À la fin, le taux : « 6,27 % » est remplacé par le taux : « 13,27 % » ;</p>	<p>a) Non modifié</p>	
<p>II. – Le taux de la taxe est fixé à 6,27 %.</p>	<p>b) Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>b) Alinéa sans modification</p>	
	<p>« Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	<p>« Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire, sous réserve que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues au même article L. 871-1.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	—
	<p>« Lorsque l'ensemble de ces conditions n'est pas respecté, le taux est majoré de 7 points. » ;</p>	<p>« Lorsque les conditions prévues aux deuxième ou troisième alinéas du présent II ne sont pas respectées, le taux est majoré de 7 points. » ;</p>	
	<p>3° Après le II, il est inséré un II bis ainsi rédigé :</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p>	
	<p>« II bis. – Par dérogation au II, le taux de la taxe est fixé à :</p>	<p>« II bis. – Alinéa sans modification</p>	
	<p>« 1° 6,27 % pour les <u>contrats d'assurance maladie complémentaire afférents aux garanties de protection en matière de frais de santé souscrits dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts ;</u></p>	<p>« 1° 6,27 % pour les garanties de... ... santé souscrites dans ... ... impôts ;</p>	
	<p>« 2° 6,27 % pour les <u>contrats d'assurance maladie complémentaire afférents aux garanties de protection en matière de frais de santé couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4 et L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes</u></p>	<p>« 2° 6,27 % pour les garanties de ... ... santé des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant ...</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>III. – Les modalités de versement ou d'imputation des remboursements prévus aux a et b de l'article L. 862-2 sont précisées par décret.</p>	<p>lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1 du présent code, et 20,27 % si ces conditions ne sont pas respectées ;</p> <p>« 3° 7 % pour les contrats d'assurance maladie afférents aux garanties de protection en matière de frais de santé pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;</p> <p>« 4° 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités journalières selon les modalités prévues par le 5° de l'article L. 321-1, à l'exception de celles figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II bis, sous réserve que l'organisme ne recueille pas au titre de ce contrat d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et 14 % si ces conditions ne sont pas respectées. » ;</p>	<p>... respectées ;</p> <p>« 3° 7 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie pour ...</p> <p>... français ;</p> <p>« 4° 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° de l'article L. 321-1, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et à cette seule condition dans le cadre des contrats mentionnés au troisième alinéa du II du présent article, et 14 % si ces conditions ne sont pas respectées.</p> <p>« Ces mêmes garanties figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II bis sont exonérées. » ;</p>	

**Texte en vigueur**

—

**Texte du projet de loi**

—

4° Il est complété par un IV ainsi rédigé :

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

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

—

4° Sont ajoutés des IV et V ainsi rédigés :

« IV. – Non modifié

« V (*nouveau*). – Les déclarations et versements afférents à cette taxe sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.

« La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au premier alinéa du présent V entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % de la taxe dont la déclaration ou le versement n'a pas été effectuée par voie dématérialisée. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement de cette taxe dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à cette taxe. » ;

F (*nouveau*). – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1, les références : « 13° de l'article 995 et du 2° bis de l'article 1001 du même » sont remplacées par les références : « II et du 2° du II bis de l'article L. 862-4 du

**Propositions de la commission**

—

F. – Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;"><b>Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006</b></p> <p>Art. 22. – I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au dernier alinéa de l'article L. 137-7, les mots : « au 3° de l'article L. 225-1-1 et des » sont remplacés par le mot : « aux » ;</p> <p>2° Au début du premier alinéa de l'article L. 138-20, après les mots : « Les contributions instituées aux articles », est insérée la référence : « L. 137-6, ». Le deuxième alinéa de ce même article est supprimé.</p> <p>II. - Les dispositions du présent article s'appliquent au recouvrement de la contribution assise sur les primes définies au deuxième alinéa de l'article L. 137-7 du code de la sécurité sociale et émises après le 31 décembre 2007.</p> <p>Les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 138-20 du même code reprennent les droits et obligations, actions et poursuites, dettes et créances de l'Agence centrale des organismes de sécurité</p>		<p>présent » ;</p> <p>G (<i>nouveau</i>). – Au sixième alinéa du II de l'article L. 911-7, les mots : « du présent code » sont supprimés et, à la fin, la référence : « 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts » est remplacée par la référence : « II de l'article L. 862-4 ».</p>	<p>G. – Non modifié</p> <p>II <i>bis</i> (<i>nouveau</i>). – Le dernier alinéa de l'article 22 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est supprimé</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>sociale, nés des opérations de recouvrement et de contrôle de la contribution instituée à l'article L. 137-6 du même code intervenues jusqu'au 31 mars 2008.</p>	<p>III. – Le présent article s'applique aux primes, cotisations ou fractions de primes ou de cotisations pour lesquelles un fait générateur d'imposition intervient à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p> <p>Toutefois, les primes ou cotisations d'assurance relatives aux véhicules terrestres à moteur dont le fait générateur d'imposition est intervenu antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2016, en application de l'article L. 137-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur avant la présente loi, ne sont taxées à la taxe sur les conventions d'assurance qu'au taux prévu au 5° bis de l'article 1001 du code général des impôts et à hauteur de 18/33<sup>e</sup> du taux prévu au second alinéa du 5° quater du même article dans sa rédaction résultant de la présente loi. Les primes ou cotisations d'assurance maladie complémentaire dont le fait générateur d'imposition est intervenu antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2016, en application de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur avant la présente loi, sont taxées aux taux prévus par la présente loi lorsqu'elles n'ont pas été soumises à la taxe sur les conventions d'assurance applicable antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p>	<p>III. – Alinéa sans modification</p> <p>Toutefois, ...</p> <p>... vigueur avant la publication de la ...</p> <p>... vigueur avant la publication de la ...</p> <p>... 2016.</p>	<p>III. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p align="center">—</p> <p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>	<p align="center">—</p> <p><b>Article 14</b></p>	<p align="center">—</p> <p><b>Article 14</b></p>	<p align="center">—</p> <p><b>Article 14</b></p>
<p>Art. L. 136-5. – I. – Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospita-</p>	<p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>lière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations.</p>			
<p>Pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, la contribution portant sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-6-4, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.</p>			
<p>Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à faire tout contrôle sur le versement de la contribution dans les conditions fixées au chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.</p>			
<p>II. – La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des salariés des professions agricoles est directement recouvrée et contrôlée par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime de la sécurité sociale</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>des salariés des professions agricoles.</p>			
<p>La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles ainsi que la contribution due sur les revenus des personnes redevables de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime sont directement recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables, respectivement, au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et invalidité dues au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles et au recouvrement de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime.</p>			
<p>II bis. – La contribution due sur les revenus de source étrangère, sous réserve s'agissant des revenus d'activité qu'elle n'ait pas fait l'objet d'un précompte par l'employeur, et la contribution portant sur les avantages mentionnés au 6° du II de l'article L. 136-2 sont établies, recouvrées et contrôlées dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6.</p>			
<p>III. – La contribution due sur les pensions d'invalidité et sur les indemnités journalières ou allocations visées au 7° du II de l'article L. 136-2 est précomptée par l'organisme débiteur de ces prestations et</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>versée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 et L. 612-9 du présent code et à l'article 1031 du code rural. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées à l'article L. 612-4 et servies par les régimes de base et les régimes complémentaires est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations ; elle est versée à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 612-9. La contribution due sur les allocations ou pensions de retraite mentionnées au II de l'article 1106-6-1 du code rural est précomptée lors de leur versement par l'organisme débiteur de ces prestations. La contribution sociale généralisée due sur les indemnités de congés payés et sur les avantages conventionnels y afférents, servis par les caisses de congés payés en application des dispositions de l'article L. 223-16 du code du travail, est précomptée par les caisses de congés payés, responsables du versement de l'ensemble des charges assises sur ces indemnités et avantages sous réserve d'exceptions prévues par arrêté.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 243-1-3. – Au titre des périodes de congés de leurs salariés, les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail acquittent de manière</p>	<p>1° La dernière phrase du III de l'article L. 136-5 est supprimée ;</p>	<p>1° Non modifié</p>	
<p>Art. L. 243-1-3. – Au titre des périodes de congés de leurs salariés, les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail acquittent de manière</p>	<p>2° L'article L. 243-1-3 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 243-1-3. – Au titre des périodes de congés de leurs salariés, les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail s'acquittent des cotisations et</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 243-1-3. – Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>libératoire, auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code, des majorations des cotisations et contributions mentionnées aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ainsi qu'à l'article L. 834-1 du présent code dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés, proportionnelles à ces cotisations et contributions. Le taux de ces majorations est fixé par décret.</p>	<p>contributions auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code dans les conditions suivantes :</p>		
	<p>« 1° Pour les cotisations <u>et contributions</u> mentionnées à l'article L. 834-1 ainsi qu'aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales, par le versement libératoire de majorations proportionnelles aux cotisations et contributions correspondantes dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés. Le taux de ces majorations est fixé par décret ;</p>	<p>« 1° Pour les cotisations mentionnées ... ... L. 834-1 du présent code et pour les versements mentionnés aux articles ...  ... décret ;</p>	
	<p>« 2° Pour les cotisations de sécurité sociale et les contributions mentionnées à l'article L. 136-2 du présent code, à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relatif au remboursement de la dette sociale et au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, par un versement assis sur les montants dus aux caisses mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail pour la couverture des périodes de congés de leurs salariés. Le cas échéant,</p>	<p>« 2° Non modifié</p>	

**Texte en vigueur**

—

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la  
commission**

—

les versements des cotisations et contributions à la charge des salariés font l'objet d'un ajustement, dans les conditions fixées par décret, sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés. »

II. – A. – Sous réserve du B du présent II, l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale s'applique aux périodes d'acquisition de droits à congés postérieures au 1<sup>er</sup> avril 2015 pour les cotisations et contributions mentionnées au 2<sup>o</sup> de ce même article et à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016 pour les cotisations et contributions mentionnées au 1<sup>o</sup> du même article.

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

C. – Un décret fixe les

II. – A. – Sous ....

... article. Le 1<sup>o</sup> du I du présent article s'applique à compter du 1er avril 2016.

B. – Non modifié

C. – Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Livres II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses Titre IV Ressources Chapitre III Recouvrement – Sûretés – Prescription – Contrôle Section 4 Contrôle</p>	<p>conditions permettant aux entreprises des secteurs qui le souhaitent de bénéficier du dispositif prévu au 2° de l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent article avant la date fixée au B du présent II.</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 15</b></p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° La section 4 du chapitre III du titre IV du livre II est complétée par un article L. 243-13 ainsi rétabli :</p> <p>« Art. L. 243-13. – I. – Les contrôles prévus à l'article L. 243-7 visant les entreprises occupant moins de dix salariés ou les travailleurs indépendants ne peuvent s'étendre sur une période supérieure à trois mois comprise entre le début effectif du contrôle et la lettre d'observations.</p> <p>« Cette période peut être prorogée une fois à la demande expresse de l'employeur contrôlé ou de l'organisme de recouvrement.</p> <p>« La limitation du temps de contrôle prévue au premier alinéa du présent article n'est pas applicable lorsqu'est établi au cours de cette période :</p> <p>« 1° Une situation de</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 15</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 243-13. – I. – Les ...</p> <p>... entreprises versant des rémunérations à moins ...</p> <p>... d'observations.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 15</b></p> <p>I. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>Art. L. 243-7. – Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées</p>	<p>travail dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;</p> <p>« 2° Une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code;</p> <p>« 3° Une situation d'abus de droit, défini à l'article L. 243-7-2 ;</p> <p>« 4° Un constat de comptabilité insuffisante ou documentation inexploitable.</p> <p>« II. – Les dispositions du présent article ne sont pas applicables :</p> <p>« 1° Lorsque la personne contrôlée verse, directement ou par l'entremise d'un tiers, des rémunérations à des salariés dont le nombre est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I ;</p> <p>« 2° Lorsque l'entité appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code du commerce et que l'effectif de l'ensemble de ces entités est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I. » ;</p> <p>2° Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7, est insérée</p>	<p>—</p> <p>« 2° Non modifié</p> <p>« 3° Non modifié</p> <p>« 4° Non modifié</p> <p>« II. – Le présent article n'est pas applicable lorsque la personne contrôlée appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles il existe un lien de dépendance ou de contrôle, au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce, et que l'effectif de cet ensemble est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I du présent article.</p> <p>« 1° <i>Supprimé</i></p> <p>« 2° <i>Supprimé</i></p> <p>2° Non modifié</p>	<p>—</p>

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>ou publiques y compris les services de l'État autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa et, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-6-5, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p> <p>Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail et des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre Ier du livre VII du présent code. Le</p>	<p>une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement une rémunération au sens de l'article L. 242-1. » ;</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.</p>			
<p>Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, des conventions conclues entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre IX du présent code, les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail, l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes prévus au titre I<sup>er</sup> du livre VII du présent code qui en font la demande fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>La Cour des comptes est compétente pour contrôler l'application des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales aux membres du Gouvernement, à leurs collaborateurs. Pour l'exercice de cette mission, la Cour des comptes requiert, en tant que de besoin, l'assistance des organismes mentionnés au premier alinéa, et notamment la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement. Le résultat de ces vérifications est transmis à ces mêmes organismes aux fins de recouvrement. Par dérogation aux dispositions du présent alinéa, le contrôle de l'application par la Cour des comptes des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales est assuré par l'organisme de recouvrement dont elle relève.</p>	<p>3° La section 3 bis du chapitre III du titre IV du livre II est complétée par un article L. 243-6-5 ainsi rédigé :</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p>	
<p>Livre II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses Titre IV Ressources Chapitre III Recouvrement – Sûretés – Prescription – Contrôle Section 3 bis Droits des cotisants</p>	<p>« Art. L. 243-6-5. – I. – Lorsque les sommes dues n'ont pas un caractère définitif, le directeur des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-2 peut conclure avec un cotisant une transaction, sauf en cas de travail dissimulé, ou lorsque le cotisant a mis en œuvre des manœuvres dilatoires visant à nuire au bon déroulement du contrôle.</p>	<p>« Art. L. 243-6-5. – I. – Lorsque ...  ... L. 213-1 et L. 752-4 du présent code peut ...  ... dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, ou ...  ... contrôle.</p>	

**Texte en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la  
commission**

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

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

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

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

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

« II. – Cette ... à quatre ans, que sur :

« 1° Non modifié

« 2° L'évaluation ... professionnels, lorsque cette évaluation présente une difficulté particulière ;

« 3° Les ... application soit de méthodes d'évaluation par extrapolation, soit d'une fixation forfaitaire du fait de l'insuffisance ou du caractère inexploitable des documents administratifs et comptables.

« III. – Non modifié

« III bis (nouveau). –

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 652-3. – Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, les caisses du régime social des indépendants et les organismes conventionnés pour l'assurance maladie et maternité ainsi que les caisses d'assurance vieillesse des professions libérales,</p>	<p>4° L'article L. 652-3 est ainsi modifié :</p>	<p>La transaction conclue est communiquée à l'autorité mentionnée à l'article L. 151-1.</p>	<p>« Le directeur des organismes mentionnés au I du présent article rend compte, avant le 30 juin de chaque année, des transactions conclues l'année précédente.</p>
	<p>« Lorsqu'une transaction est devenue définitive après accomplissement des obligations qu'elle prévoit et approbation de l'autorité prévue au même article L. 151-1, aucune procédure contentieuse ne peut plus être engagée ou reprise pour remettre en cause ce qui a fait l'objet de la transaction.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« IV. – Toute convention portant sur les éléments mentionnés aux 1° à 3° du II doit, à peine de nullité, respecter les conditions et la procédure fixée au présent article et les textes pris pour son application ».</p>	<p>« IV. – Non modifié</p>	
	<p>« V. – La transaction conclue par la personne mentionnée au premier alinéa du I du présent article engage l'organisme de recouvrement. L'article L. 243-6-4 est applicable aux transactions. » ;</p>	<p>« V. – La ... ... personne physique mentionnée ... ... transactions. » ;</p>	
		<p>4° Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>habilités à décerner la contrainte définie à l'article L. 244-9 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations, des contributions et des majorations et pénalités de retard.</p>	<p>a) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, après le mot : « cotisations », il est inséré le mot : « , contributions » ;</p>		
<p>L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations et majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article 43 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 précitée à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.</p>	<p>b) Le troisième alinéa est remplacé par quatre alinéa ainsi rédigés :</p>		
<p>L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le mois suivant sa notification. Le paiement est différé pen-</p>	<p>« Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. À peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans le délai</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>dant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.</p>	<p>d'un mois à partir de la notification de l'opposition. En cas de contestation, le paiement est différé pendant ce délai et, le cas échéant, jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine. Toutefois, le paiement n'est pas différé, sauf si le juge en décide autrement :</p>		
	<p>« 1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un redressement pour travail dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;</p>		
	<p>« 2° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;</p>		
	<p>« 3° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif. » ;</p>		
<p>Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.</p>			
<p>Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.</p>			
	<p>c) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :</p>		
<p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par</p>	<p>« Le présent article est applicable au recouvrement des indus de prestations</p>		

Texte en vigueur —	Texte du projet de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Propositions de la commission —
décret en Conseil d'État.	sociales, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »		
<b>Code rural et de la pêche maritime</b>	II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :	II. – Non modifié	II. – Alinéa sans modification
Livres VII Dispositions sociales Titre II Organisation générale des régimes de protection sociale des professions agricoles Chapitre IV Contrôles Section 1	1° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre IV du titre II du livre VII est complétée par un article L. 724-7-1. ainsi rédigé :		1° Non modifié
Contrôle par l'administration et les agents habilités Sous-section 2	« Art. L. 724-7-1. – L'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;		
Contrôle par les agents des caisses de mutualité sociale agricole et les autres agents habilités	2° L'article L. 724-7 est complété par une phrase ainsi rédigée :		2° Le dernier alinéa de l'article ... ... rédigée :
Art. L. 724-7. – Le contrôle de l'application des dispositions relatives aux différentes branches des régimes de protection sociale des non-salariés et salariés agricoles, mentionnées aux articles L. 722-8 et L. 722-27 ainsi que de celles des articles L. 732-56 et suivants est confié aux caisses de mutualité sociale agricole. Pour l'exercice de ce contrôle, une caisse de mutualité sociale agricole peut déléguer à une autre caisse de mutualité sociale agricole ses compétences dans des conditions fixées par décret.			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Les agents chargés du contrôle sont agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Ils sont assermentés dans les conditions prévues à l'article L. 243-9 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>« La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7 du même code est applicable au régime agricole. » ;</p>		<p>« Alinéa sans modification</p>
<p>Ces agents ont qualité pour dresser, en cas d'infraction auxdites dispositions, des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les caisses de mutualité sociale agricole les transmettent au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p>	<p>3° La section 3 du chapitre V du titre II du livre VII est complétée par un article L. 725-26 ainsi rédigé :</p>		<p>3° Non modifié</p>
<p>Livre VII Dispositions sociales Titre II Organisation générale des régimes de protection sociale des professions agricoles Chapitre V Recouvrement des cotisations et créances Section 3 Droits des cotisants</p>	<p>« Art. L. 725-26. – L'article L. 243-6-5 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole » ;</p>		<p>4° Non modifié</p>
<p>Art. L. 725-12. – Lorsqu'elles sont munies d'un titre exécutoire, au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, à l'encontre des employeurs de main-d'œuvre agricole ou des personnes physiques non-salariées agricoles, les caisses de mutualité</p>	<p>4° L'article L. 725-12 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 725-12. – L'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. »</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>sociale agricole habilitées à décerner la contrainte définie au 1° de l'article L. 725-3 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations et majorations et pénalités de retard au titre des régimes de protection sociale agricole bénéficiant du privilège ou ayant donné lieu à une inscription de privilège, en application de l'article L. 725-9.</p>			
<p>L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'organisme. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations, majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, mêmes conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article L. 211-2 du code des procédures civile d'exécution à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.</p>			
<p>L'opposition peut être contestée devant le juge de l'exécution, par le débiteur ou par le tiers détenteur, dans le</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>mois suivant sa notification. Le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine.</p> <p>Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.</p> <p>Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévue par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>III. – A. – Le I ainsi que les 1° et 2° du II du présent article s'appliquent aux contrôles engagés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p> <p>B. – Le 3° des I et II du présent article s'appliquent aux transactions conclues à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2015.</p> <p>C. – Le 4° des I et II du présent article s'appliquent aux titres exécutoires émis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p>	<p>III. – Non modifié</p>	<p>III. – A. – Les 1° et 2° des I et II du ...</p> <p>... 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p> <p>B. – Non modifié</p> <p>C. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005</p>		<p>Article 15 bis (nouveau)</p>	<p>Article 15 bis</p>
<p>Art. 122. – I. - Les chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés à l'article L. 722-4 du code rural et les coopératives agricoles exerçant leur activité en Corse au moment de la promulgation de la présente loi et les anciens exploitants titulaires à la même date de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18 du même code peuvent, lorsqu'ils sont redevables des cotisations et contributions énoncées au II au titre de leurs périodes d'activité antérieures au 1er janvier 2005, bénéficier d'une aide de l'Etat, dans la limite de 50 % du montant total des sommes dues.</p> <p>.....</p>		<p>L'article 122 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005 est ainsi modifié :</p>	<p><i>Supprimé</i></p>
		<p>1° À la fin du I, les mots : « d'une aide de l'État, dans la limite de 50 % du montant total des sommes dues » sont remplacés par les mots : « , lorsque leur dette sociale est inférieure à 10 000 €, d'une prise en charge de tout ou partie de cette dette dans les conditions prévues à l'article L. 726-3 dudit code » ;</p>	
		<p>2° Le III est ainsi rédigé :</p>	
<p>III. - Dans le délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole, en liaison avec les autres organismes assureurs visés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 du code rural, adresse à chaque débiteur une proposition de plan de désendettement social. Le plan de désendettement</p>		<p>« III. – Le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole adresse à chaque débiteur dont la dette sociale est supérieure à 10 000 € une proposition de plan de désendettement social. Le plan de désendettement comprend l'annulation des pénalités et des majorations de retard et peut également comprendre, dans des situations exceptionnelles,</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>comprenant l'annulation des pénalités et des majorations de retard est signé par le débiteur dans le délai de deux mois suivant sa réception puis est soumis à l'approbation du représentant de l'Etat dans la collectivité territoriale de Corse. Un décret fixe, en tant que de besoin, la procédure mise en oeuvre en vue de l'approbation administrative des plans individuels de désendettement social.</p>	<p>IV. - Le bénéfice de l'aide et de l'annulation prévues aux I et III est subordonné pour chaque demandeur au respect des conditions cumulatives suivantes :</p>	<p>une prise en charge partielle de la dette sociale, dans les conditions prévues à l'article L. 726-3 du code rural et de la pêche maritime. Ce plan est signé par le débiteur dans le délai de deux mois suivant sa réception. » ;</p>	
<p>1° Apporter la preuve, lorsque la dette sociale objet de l'aide de l'Etat excède 10 000 euros, de la viabilité de l'exploitation ou de l'entreprise par un audit extérieur ;</p>	<p>4° S'être acquitté auprès de la caisse de mutualité sociale agricole de Corse de 50 % de la dette visée au II selon les modalités suivantes :</p>	<p>3° Le IV est ainsi modifié :</p>	
<p>- un versement à la signature du plan prévu au III de 5 % de la dette relative aux cotisations et contributions visées au II, antérieures au 1er janvier 2005 ;</p>	<p>- et le solde de 45 % de cette dette en tout ou partie</p>	<p>a) Au premier alinéa, les références : « I et III » sont remplacées par les références : « III et X » ;</p>	
		<p>b) Le 1° est abrogé ;</p>	
		<p>c) Le 4° est ainsi modifié :</p>	
		<p>- au premier alinéa, les mots : « de 50 % » sont supprimés ;</p>	
		<p>- à la fin du deuxième alinéa, l'année : « 2005 » est remplacée par l'année : « 2014 » ;</p>	
		<p>- au dernier alinéa, les mots : « de 45 % » sont</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>par un versement complémentaire et pour le reste au moyen d'un plan échelonné de paiements accordé par la caisse sur une période de sept ans au maximum. Les versements et échéances sont affectés, en premier lieu, aux contributions visées au II qui ne peuvent faire l'objet de prise en charge par l'Etat ;</p> <p>.....</p> <p>6° Etre à jour des cotisations et contributions sociales afférentes aux périodes d'activité postérieures au 31 décembre 2004 ou respecter les échéances d'un plan échelonné de paiements lorsque la caisse de mutualité sociale agricole de Corse en a accordé l'étalement sur une durée ne pouvant excéder trois ans.</p> <p>.....</p> <p>VII. - Le conseil d'administration de la caisse de mutualité sociale agricole de Corse est autorisé à admettre en non-valeur les créances de cotisations de sécurité sociale, d'indus de prestations et d'impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, frappées de prescription avant le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Les cotisations d'assurance vieillesse afférentes sont néanmoins reportées aux comptes des salariés agricoles.</p> <p>.....</p> <p>VIII. - Les organismes tiers ayant contracté une convention de gestion prévoyant le recouvrement par la caisse de mutualité sociale agricole de Corse de leurs créances à l'égard des personnes mentionnées au I sont autorisés à remettre 50 % des sommes dues, à</p>		<p>supprimés ;</p> <p>.....</p> <p>c) Au 6°, l'année : « 2004 » est remplacée par l'année : « 2013 » ;</p> <p>.....</p> <p>4° À la fin de la première phrase du VII, l'année : « 2005 » est remplacée par l'année : « 2014 » ;</p> <p>.....</p> <p>5° Le VIII est ainsi rédigé :</p> <p>« VIII. – La prise en charge des cotisations salariales par l'action sociale n'est autorisée qu'aux cotisants dont la dette est inférieure à 5 000 € et qui ont strictement respecté l'intégralité de leurs obligations déclaratives en</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>l'exclusion de la part ouvrière des cotisations, au titre des périodes antérieures au 1er janvier 2005. Cette remise intervient à la date du paiement du solde de la créance qui peut être acquittée sous forme d'échéancier de paiements. Pour le calcul du nombre de points de retraite complémentaire ou supplémentaire des salariés concernés ou pour les droits à l'assurance chômage, les cotisations dont les organismes ont renoncé au recouvrement sont néanmoins reportées aux comptes des intéressés.</p>		<p>matière de sécurité sociale. »</p>	
<p>L'aide prévue au I n'est pas applicable aux sommes dues aux organismes tiers ayant contracté une convention de gestion avec la caisse de mutualité sociale agricole de Corse.</p> <p>.....</p>		<p><b>Article 15 ter (nouveau)</b></p>	<p><b>Article 15 ter</b></p>
		<p>I. – Les employeurs mentionnés au II de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dont l'activité économique est conditionnée au bon fonctionnement de dessertes maritimes et qui ont été affectés par l'interruption prolongée de celles-ci au cours des mois de juin et juillet 2014 sont exonérés, pour les gains et rémunérations versés au titre du troisième trimestre de l'année 2014, du paiement des cotisations au titre des assurances sociales et des allocations familiales, de la cotisation et de la contribution mentionnées à l'article L. 834-1 du même code et de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de</p>	<p>(Sans modification)</p>

**Texte en vigueur**

—

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la  
commission**

—

l'action sociale et des familles, ainsi que d'une part des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles égale à un point.

II. – Le bénéfice de cette exonération et de cette réduction est ouvert aux employeurs mentionnés au I du présent article qui adressent, pour chaque établissement, à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales, en complément à la déclaration prévue à l'article L. 133-5 du code de la sécurité sociale, une attestation de baisse de leur chiffre d'affaires au troisième trimestre de l'année 2014 par rapport à celui du troisième trimestre de l'année 2013. Les entreprises créées postérieurement au troisième trimestre de l'année 2013 justifient leur situation par des moyens équivalents. L'attestation doit être conforme à un modèle fixé par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Le bénéfice de l'exonération et de la réduction est également subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives et de paiement. La condition de paiement est considérée comme satisfaite dès lors que l'employeur, d'une part, a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations à leur date normale d'exigibilité. Il est également subordonné au fait, pour l'entreprise ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p>Art. L. 243-6. – La demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées.</p> <p>Lorsque l'obligation de remboursement desdites cotisations naît d'une décision juridictionnelle qui révèle la non-conformité de la règle de droit dont il a été fait application à une règle de droit supérieure, la demande de remboursement ne peut porter que sur la période postérieure au 1er janvier de la troisième année précédant celle où la décision révélant la non-conformité est intervenue.</p>	<p align="center"><b>Article 16</b></p> <p>I. – L'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;</p> <p>2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Lorsque l'obligation de remboursement des cotisations naît d'une décision rectificative d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail en matière de taux de cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles, la</p>	<p>en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main d'oeuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail.</p> <p align="center"><b>Article 16</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>	<p align="center"><b>Article 16</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p> <p>2° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>En cas de remboursement, les organismes de sécurité sociale et d'allocations familiales sont en droit de demander le reversement des prestations servies à l'assuré ; ladite demande doit être faite dans un délai maximum de deux ans à compter du remboursement desdites cotisations.</p>	<p>demande de remboursement des cotisations peut porter sur l'ensemble de la période au titre de laquelle les taux sont rectifiés. » ;</p>		
<p>Toutefois, lorsque la demande de remboursement des cotisations indûment versées n'a pas été formulée dans le délai de trois ans prévu au premier alinéa ci-dessus, le bénéfice des prestations servies ainsi que les droits à l'assurance vieillesse restent acquis à l'assuré, sauf cas de fraude ou de fausse déclaration.</p>	<p>3° Au début du troisième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;</p>		3° Non modifié
<p>Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 effectuent le remboursement des cotisations indues dans un délai de quatre mois à compter de la demande mentionnée au premier alinéa.</p>	<p>4° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. – ».</p>		4° Non modifié
	<p>II. – Le I s'applique aux recours formés devant la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p>		<p>3° <i>bis (nouveau)</i> Au quatrième alinéa, le mot : « ci-dessus » est remplacé par les mots : « du I du présent article » ;</p>
			<p>5° <i>(nouveau)</i> Le même dernier alinéa est complété par les mots : « du I du présent article ».</p>
			II. – Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p>	<p><b>Article 17</b></p>	<p><b>Article 16 bis (nouveau)</b></p>	<p><b>Article 16 bis</b></p>
<p>Art. L. 723-35. – Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de la caisse. Il rend compte de sa gestion à l'assemblée générale.</p>	<p>I. – Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 723-35 est ainsi modifié :</p> <p>a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>	<p>Au deuxième alinéa de l'article L. 651-6 du code de la sécurité sociale, la référence : « premier alinéa » est remplacée par la référence : « I ».</p>	<p>(Sans modification)</p>
<p>Les comités prévus aux articles L. 723-31 et L. 723-33 sont respectivement consultés pour avis sur les questions intéressant la protection sociale des exploitants agricoles ou celle des salariés agricoles. Ils peuvent proposer la recherche de toutes conventions qui leur paraissent opportunes entre la caisse de mutualité sociale agricole et d'autres organismes de sécurité sociale.</p>	<p>« Il statue sur les demandes de remise des pénalités et majorations de retard portant sur des montants supérieurs à un seuil fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture. » ;</p>	<p><b>Article 17</b></p>	<p><b>Article 17</b></p>
		<p>(Sans modification)</p>	<p>(Sans modification)</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Toutefois, ne peuvent être prises qu'après avis conforme du comité de la protection sociale des salariés les délibérations du conseil d'administration de la caisse portant sur :</p>			
<p>1° Les dépenses relatives à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p>			
<p>2° Les dépenses relatives aux services de santé au travail et la nomination ou le licenciement des médecins du travail lorsque la caisse a constitué une section de santé au travail ;</p>			
<p>3° La remise des pénalités et des majorations de retard des cotisations sociales des employeurs ;</p>	<p>b) Le 3° et le b sont abrogés ;</p>		
<p>4° La réunion de plusieurs cantons afin de former des circonscriptions groupant au moins cinquante électeurs du deuxième collège en application du deuxième alinéa de l'article L. 723-18 ;</p>			
<p>5° La conclusion de conventions de gestion aux fins d'assurer, pour le compte de tiers, des services se rattachant à la protection sociale des salariés.</p>			
<p>De même, ne peuvent être prises qu'après avis conforme du comité de la protection sociale des non-salariés les délibérations du conseil d'administration de la caisse portant sur :</p>			
<p>a) Les dépenses relatives à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p>			
<p>b) La remise des pénalités et des majorations de re-</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>tard des cotisations sociales des non-salariés ;</p> <p>c) La conclusion de conventions relatives à la gestion de la protection sociale des non-salariés ;</p> <p>d) La réunion de plusieurs cantons afin de former des circonscriptions groupant au moins cinquante électeurs du premier collège ou groupant au moins dix électeurs du troisième collège en application de l'article L. 723-17.</p>	<p>2° Après l'article L. 731-13-1, il est inséré un article L. 731-13-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 731-13-2. – Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 sont tenues d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée.</p> <p>« Les obligations prévues au premier alinéa du présent article s'imposent au-delà d'un seuil fixé par décret en fonction du montant des revenus professionnels définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22.</p> <p>« La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale. »</p> <p>II. – Jusqu'à la publication de l'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 723-35 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction résultant du</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;"><b>Loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives</b></p> <p style="text-align: center;">Art. 35. – I. – .....</p> <p style="text-align: center;">II. – À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'article L. 133-5-3 du même code est ainsi modifié :</p> <p style="text-align: center;">1° À la première phrase du I, les mots : « peut adresser » sont remplacés par le mot : « adresse » ;</p> <p style="text-align: center;">2° Les II et III sont ainsi rédigés :</p> <p style="text-align: center;">« II. – La déclaration sociale nominative se substitue à l'ensemble des déclarations auxquelles sont tenus les employeurs auprès des organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 212-3, L. 213-1 et L. 752-4 du présent code, des caisses mentionnées à l'article L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime, de la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs, représentants et placiers de commerce à cartes multiples travaillant pour deux employeurs au moins ainsi que de l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail,</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>présent article, les conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole demeurent compétents pour statuer sur l'ensemble des demandes de remise des pénalités et majorations de retard.</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 18</b></p> <p style="text-align: center;">I. – Au quatrième alinéa du II de l'article 35 de la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives, la référence : « L. 212-3, » est supprimée.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 18</b></p> <p style="text-align: center;">I. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 18</b></p> <p style="text-align: center;"><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>qui sont nécessaires à l'exercice des droits des salariés aux indemnités journalières et aux prestations mentionnées à l'article L. 5421-2 du même code, à la déclaration et au versement des contributions et cotisations sociales, ainsi qu'à la déclaration mentionnée à l'article L. 1221-16 dudit code auprès du service public de l'emploi, à la déclaration annuelle des données sociales prévue aux articles 87 et 87 A du code général des impôts ainsi qu'à toute autre déclaration portant sur les mêmes données.</p>			
<p>« Est nulle de plein droit toute demande par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent II de données ou d'informations déjà produites au titre de la déclaration sociale nominative, même si elle est présentée à un autre titre.</p>			
<p>« III. – Les modalités d'application du présent article ainsi que le délai à l'issue duquel l'employeur ayant rempli la déclaration sociale nominative est réputé avoir accompli les déclarations ou formalités mentionnées au premier alinéa du II sont fixés par décret en Conseil d'État. ».</p>			
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>	<p>II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>II. – Non modifié</p>	
<p>Art. L. 136-5. – I. – Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité so-</p>	<p>1° Le I de l'article L. 136-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>ciale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations.</p> <p>Pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, la contribution portant sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-6-4, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des tra-</p>			

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>vaillleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.</p> <p>Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à faire tout contrôle sur le versement de la contribution dans les conditions fixées au chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.</p> <p>.....</p>	<p>« Pour les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par l'organisme gestionnaire dudit régime selon les dispositions mentionnées à l'article L. 241-6-2. » ;</p> <p>2° Après l'article L. 241-6-1, il est inséré un article L. 241-6-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 241-6-2. – Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues au titre des personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins, ainsi que le contrôle et le contentieux du recouvrement, est assuré par l'organisme gestionnaire de ce régime.</p> <p>« Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette mission peut être en tout ou partie déléguée, par convention, à des organismes du régime général de la</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 752-4. – Les caisses générales de sécurité sociale ont pour rôle :</p>	<p>sécurité sociale. » ;</p>		
<p>1°) d'assurer pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles, la gestion des risques maladie, maternité, décès et invalidité, la gestion des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p>			
<p>6°) D'exercer les fonctions dévolues en métropole aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général et de la mutualité sociale agricole à l'exception des compétences mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 212-3 du présent code qui sont exercées dans les départements d'outre-mer par la Caisse maritime d'allocations familiales.</p>	<p>3° Au 6° de l'article L. 752-4, les mots : « mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 212-3 du présent code qui sont exercées dans les départements d'outre-mer par la Caisse maritime d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « dévolues à l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins » ;</p>		
<p>Livre II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses Titre I<sup>er</sup> Organismes locaux et régionaux — Organismes à circonscription nationale Chapitre II Caisses d'allocations familiales Section 2 Caisse maritime d'allocations familiales</p>	<p>4° La section 2 du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre II est abrogée.</p>		
<p>Art. 212-3. – I. – La Caisse maritime d'allocations familiales assure en faveur</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>des personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer le service des prestations familiales.</p>			
<p>Elle assure également pour ces personnes :</p>			
<p>1° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par les employeurs et les travailleurs indépendants selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables à ce recouvrement par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale ;</p>			
<p>2° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée selon les dispositions des articles L. 136-1 et suivants ;</p>			
<p>3° Le recouvrement de la contribution pour le remboursement de la dette sociale instituée par l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ;</p>			
<p>4° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2° et 3°.</p>			
<p>Par dérogation aux dispositions de l'article L. 212-2, le conseil d'administration de la caisse maritime d'allocations familiales est composé de trente-cinq membres dont quinze représentants des armateurs et travailleurs indépendants, quinze représentants des salariés, quatre représentants des associations familiales et une personne qualifiée.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<b>Code du travail</b>	III. – Le code du travail est ainsi modifié :	III. – Non modifié	
<p>Art. L. 5427-1. – Les parties signataires de l'accord prévu à l'article L. 5422-20 confient la gestion du régime d'assurance chômage à un organisme de droit privé de leur choix.</p>			
<p>Le service de l'allocation d'assurance est assuré, pour le compte de cet organisme, par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1.</p>			
<p>Le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 5422-9 et L. 5422-11 est assuré, pour le compte de cet organisme, par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale mentionnées aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale.</p>			
<p>Par dérogation, le recouvrement de ces contributions est assuré pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage :</p>			
<p>a) Par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du présent code, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés expatriés, des travailleurs frontaliers résidant en France et ne remplissant pas les conditions pour bénéficier des dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Communauté, notamment en matière d'assurance chômage, et des marins embarqués sur des navires battant pavillon d'un État étranger autre qu'un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique, ressortissants de ces États, inscrits à un quartier maritime français et admis au bénéfice de l'Établissement national des invalides de la marine ;</p>			
<p>b) Par les organismes mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime, lorsqu'elles sont dues au titre de l'emploi de salariés mentionnés à l'article L. 722-20 du même code ;</p>			
<p>c) Par la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs, représentants et placiers de commerce à cartes multiples travaillant pour deux employeurs au moins, pour l'encaissement des contributions dues au titre de l'emploi de ces salariés ;</p>			
<p>d) Par la caisse de prévoyance sociale prévue par l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, lorsqu'elles sont dues au titre de l'emploi de salariés à Saint-Pierre-et-Miquelon ;</p>			
<p>e) Par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du présent code, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés engagés à titre temporaire qui relèvent des professions de la production</p>			

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>cinématographique, de l'audiovisuel ou du spectacle et lorsque l'activité exercée bénéficie de l'aménagement des conditions d'indemnisation mentionné à l'article L. 5424-20 ;</p> <p>f) Par l'organisme mentionné à l'article L. 212-3 du code de la sécurité sociale, lorsqu'elles sont dues au titre des salariés affiliés au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer.</p> <p>Art. L. 6331-53. – Les travailleurs indépendants de la pêche maritime et les employeurs de pêche maritime de moins de dix salariés ainsi que les travailleurs indépendants et les employeurs de cultures marines de moins de dix salariés affiliés au régime social des marins et, le cas échéant, leurs conjoints, partenaires liés par un pacte civil de solidarité ou concubins, collaborateurs ou associés, consacrent chaque année, pour le financement de leurs propres actions de formation, telles que définies à l'article L. 6313-1, une contribution qui ne peut être inférieure à 0,15 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale.</p> <p>Cette contribution est directement recouvrée en une seule fois et contrôlée par la Caisse nationale d'allocations familiales des pêches maritimes, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au titre du régime de protection sociale maritime.</p> <p>S'agissant des chefs d'entreprise de pêche mari-</p>	<p>1° Le f de l'article L. 5427-1 est ainsi rédigé :</p> <p>« f) Par l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins lorsqu'elles sont dues au titre des salariés affiliés audit régime. » ;</p> <p>2° Au deuxième et au troisième alinéa de l'article L. 6331-53, les mots : « la Caisse nationale d'allocations familiales des pêches maritimes » sont remplacés par les mots : « l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins ».</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>time et des travailleurs indépendants du même secteur, la Caisse nationale d'allocations familiales des pêches maritimes reverse le montant annuel de la collecte de la contribution prévue au premier alinéa à l'organisme collecteur paritaire agréé à cet effet, dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>IV. – La Caisse maritime d'allocations familiales est dissoute à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p>	<p>IV. – Alinéa sans modification</p>	
<p>S'agissant des chefs d'entreprise de cultures marines et des travailleurs indépendants du même secteur et, le cas échéant, de leurs conjoints collaborateurs ou associés, la caisse de mutualité sociale agricole reverse le montant de leur collecte à l'organisme collecteur paritaire agréé mentionné au troisième alinéa.</p>	<p>Les droits et obligations afférents au service des prestations familiales des personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des marins et assurés avant cette date par la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés aux caisses d'allocations familiales de leur lieu de résidence.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>Les droits et obligations afférents au recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les travailleurs indépendants et assurés avant cette date par la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés à l'Établissement national des invalides de la marine.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	<p>Les contrats de travail des salariés de la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés à la caisse d'allocations familiales de Charente-Maritime et à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Poitou-Charentes.</p>	<p>Les ...</p> <p>... d'allocations familiales du département de leur lieu d'activité et à ...</p> <p>... Poitou-Charentes.</p>	—
	<p>Les modalités relatives à ces transferts sont définies par des conventions conclues, en fonction de leur objet, entre le directeur de la Caisse maritime d'allocations familiales et le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales ou celui de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>Ces conventions déterminent également les modalités de transfert, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, des biens meubles et immeubles de la Caisse maritime d'allocations familiales vers la caisse d'allocations familiales de Charente-Maritime et l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Poitou-Charentes.</p>	<p>Ces ...</p> <p>... vers les caisses d'allocations familiales des départements et ...</p> <p>... Poitou-Charentes.</p>	
	<p>V. – Le présent article entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p>	<p>V. – Les II et III du présent ... ... 2016.</p>	

Texte en vigueur —	Texte du projet de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Propositions de la commission —
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p>Art. L. 225-1-4. – Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article LO 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut, à titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article LO 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.</p> <p>Pour déterminer les conditions de chaque avance, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget.</p>	<p>CHAPITRE III</p> <p><b>Relations financières entre les régimes et entre ceux-ci et l'État</b></p> <p><b>Article 19</b></p> <p>I. – L'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 225-1-4. – Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article LO. 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut :</p> <p>« 1° Consentir, contre rémunération, des prêts et avances d'une durée inférieure à douze mois au régime d'assurance vieillesse des non salariés agricoles ;</p> <p>« 2° À titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III</p>	<p>CHAPITRE III</p> <p><b>Relations financières entre les régimes et entre ceux-ci et l'État</b></p> <p><b>Article 19</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>	<p>CHAPITRE III</p> <p><b>Relations financières entre les régimes et entre ceux-ci et l'État</b></p> <p><b>Article 19</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p> <p>Art. L. 731-5. – La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole peut recourir à des ressources non permanentes dans les limites prévues par la loi de financement de la sécurité sociale de l'année. La convention conclue entre la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les établissements financiers est approuvée par les ministres chargés de l'agriculture, de la sécurité sociale et du budget.</p>	<p>de l'article LO. 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.</p> <p>« Pour déterminer les conditions de chacune des avances mentionnées aux 1° et 2°, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »</p> <p>II. – L'article L. 731-5 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Le régime des exploitants agricoles peut recourir à des prêts et avances auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale. »</p> <p>III. – Pour les exercices 2015, 2016 et 2017, les montants empruntés par la Caisse centrale de la</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 modifiée relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte</b></p>	<p>mutualité sociale agricole auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en application de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale ne peuvent excéder 3,8 milliards d'euros.</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p>
<p>Art. 8. – Une allocation de rentrée scolaire est attribuée pour chaque enfant inscrit dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé en exécution de l'obligation scolaire, et jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire, sous réserve de l'âge limite prévu à l'article 5.</p>	<p><b>Article 20</b></p> <p>I. – L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :</p>	<p><b>Article 20</b></p>	<p><b>Article 20</b></p>
<p>Cette allocation est attribuée sous réserve que les ressources de la personne seule ou du ménage n'excèdent pas un plafond variable selon le nombre d'enfants à charge. Ce plafond est fixé par décret et revalorisé par arrêté conformément à l'évolution du salaire minimum prévu à l'article L. 141-1 du code du travail applicable dans la collectivité départementale de Mayotte, issu de l'ordonnance du 25 février 1991 susvisée.</p>	<p>1° À la fin de la</p>	<p>1° Non modifié</p>	<p>1° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>scolaires sont autorisés à transmettre les listes d'enfants inscrits à la caisse gestionnaire.</p>	<p>seconde phrase du dernier alinéa de l'article 8, les mots : « à la caisse gestionnaire » sont remplacés par les mots : « à l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 » ;</p>		
<p>Art. 15. – La caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte exerce une action sociale en faveur des ressortissants du régime et de leurs familles dans le cadre d'un programme défini par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'outre-mer, après avis de son conseil d'administration et de la Caisse nationale des allocations familiales..</p>	<p>2° L'article 15 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 15. – L'organisme gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance, exerce une action sociale en faveur des ressortissants du régime et de leurs familles dans les conditions fixées à l'article 26 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. » ;</p>	<p>2° Non modifié</p>	<p>2° Non modifié</p>
<p>Les objectifs de l'action sociale exercée par la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte en faveur des ressortissants du régime et de leur famille sont ceux définis par la convention d'objectifs et de gestion conclue avec la Caisse nationale des allocations familiales mentionnée à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale. La Caisse nationale des allocations familiales attribuée à la caisse gestionnaire des prestations familiales de Mayotte une dotation annuelle prise sur le fonds d'action sanitaire et sociale mentionné au 2° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 13. – Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des aides au logement en vigueur à Mayotte, soit au titre de la prestation mentionnée à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, soit au titre du revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 549-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret.</p>	<p>2° bis L'article 13 est ainsi modifié :</p>	<p>2° bis Non modifié</p>
<p>Ces retenues seront déterminées dans des conditions définies par décret en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret.</p>		<p>a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « payeur » est remplacé par les mots : « mentionné à l'article 19 » ;</p>	
		<p>b) À la première</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Les décisions de la caisse gestionnaire notifiant le recouvrement des prestations indûment versées indiquent les voies et délais de recours ouverts à l'allocataire ainsi que les conditions et les délais dans lesquels il peut présenter ses observations écrites ou orales. Dans ce dernier cas, le débiteur peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix.</p>	<p>Pour le recouvrement des prestations familiales indûment versées, le directeur de la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte peut, dans les délais et selon les conditions fixés par décret, délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal chargé des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.</p>	<p>phrase du quatrième alinéa, les mots : « la caisse gestionnaire » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance » ;</p>	
<p>L'organisme débiteur des prestations familiales est autorisé à abandonner la mise en recouvrement des montants de prestations familiales indûment payés lorsque leur montant est inférieur à une somme fixée par décret.</p>	<p>Art. 17. – Le financement de la contribution à la prise en charge des frais de restauration scolaire par la caisse gestionnaire des prestations familiales de Mayotte est assuré par l'affectation d'une fraction des ressources prévues au I</p>	<p>c) Au cinquième alinéa, les mots : « la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné au même article 19 » ;</p>	
		<p>d) Le début de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé : « L'organisme mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance est autorisé... (<i>le reste sans changement</i>). » ;</p>	
		<p>2° ter À l'article 17, les mots : « la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte » sont remplacés par les mots : « l'organisme</p>	<p>2° ter Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>de l'article 28-5 de l'ordonnance n° 96-1122 susvisée, dont le montant global est fixé annuellement par l'arrêté mentionné à l'article 16.</p>		<p>mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance » ;</p>	
<p>Art. 19. – I. – À titre temporaire, dans l'attente de la création d'une caisse d'allocations familiales de Mayotte, la gestion du régime des prestations familiales institué par la présente ordonnance est confiée à la caisse d'allocations familiales de la Réunion, à l'exception du recouvrement des cotisations opéré conformément à l'article 18.</p>	<p>3° L'article 19 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 19. – La gestion du régime des prestations familiales institué par la présente ordonnance est assurée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte instituée par l'article 22 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Un décret fixe, <u>en tant que de besoin</u>, les conditions d'application du présent article. » ;</p>	<p>3° Non modifié</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p> <p>« Art. 19. – La ...</p>
<p>Le paiement des prestations visé à l'alinéa précédent par la caisse d'allocations familiales de la Réunion est effectué par prélèvement sur la trésorerie de la branche famille visée à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale. Le montant de ce prélèvement vient en déduction de la contribution d'équilibre visée au 3° du I de l'article 18 ci-dessus. Le montant mensuel des prestations payées par la caisse d'allocations familiales de la Réunion pour le compte du régime des prestations familiales de Mayotte est notifié à la Caisse nationale des allocations familiales dans des conditions déterminées par décret.</p>			<p>... Un décret fixe les conditions d'application du présent article. » ;</p>
<p>II. – La caisse d'allocations familiales de la</p>			

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>Réunion perçoit à ce titre des frais de gestion, calculés au prorata des dépenses du régime, et dont le taux est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'outre-mer. Les opérations financières et comptables du régime des prestations familiales de Mayotte font l'objet d'une comptabilité distincte conformément aux dispositions du chapitre III du titre V du livre II du code de la sécurité sociale. Les opérations de trésorerie sont retracées dans des comptes spécifiques ouverts à cet effet.</p>			
<p>La caisse d'allocations familiales de la Réunion contribue en outre à préparer la création d'une caisse d'allocations familiales de Mayotte. La caisse gestionnaire est assistée pour l'exercice de ses missions à Mayotte d'un conseil d'orientation pour la gestion des prestations familiales à Mayotte.</p>			
<p>III. – Le conseil d'orientation pour la gestion des prestations familiales à Mayotte présidé par le représentant de l'État à Mayotte et composé en nombre égal de représentants des organisations représentatives des salariés et des employeurs à Mayotte ainsi que d'organisations représentant les familles et de personnes qualifiées a notamment pour mission :</p>			
<p>1° De mettre en œuvre les orientations de l'action sociale en faveur des ressortissants du régime des prestations familiales de Mayotte définies par la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article 15. Il exerce à ce titre les missions</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>dévolues au conseil d'administration de la caisse gestionnaire et prévues à l'article 15. Il tient compte, dans ses orientations, de celles qui sont mises en œuvre par la caisse de sécurité sociale de Mayotte au titre de son action sociale ainsi que par le conseil général de Mayotte ;</p>			
<p>2° Il exerce également les missions dévolues au conseil d'administration de la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte en ce qui concerne les recours amiables formés par les ressortissants du régime des prestations familiales de Mayotte. Une commission est constituée à cet effet au sein du conseil d'orientation, composée à parité de représentants des organisations représentatives des salariés et des employeurs à Mayotte membres de ce conseil, et présidée par le représentant de l'État à Mayotte.</p>			
<p>Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment la composition de la commission mentionnée au 2° ci-dessus ainsi que les conditions dans lesquelles elle examine les réclamations.</p>			
<p>IV. – Les dispositions de l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime des prestations familiales de Mayotte.</p>			
<p>V. – Le régime des prestations familiales de Mayotte est soumis au contrôle de la Cour des comptes selon les modalités et les sanctions prévues à l'article L. 154-1 du code de la sécurité sociale.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 22. – I. – Les dispositions transitoires suivantes s'appliquent durant l'année 2002 :</p> <p>.....</p> <p>II. – La caisse gestionnaire du régime des prestations familiales de Mayotte rembourse aux organismes mentionnés au a du I ci-dessus les dépenses engagées au titre des allocations familiales versées aux personnes mentionnées au même a, ainsi que les frais de gestion qui s'y rapportent ;</p> <p>III. – L'allocation de logement est versée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003.</p>	<p>4° À l'article 13, à l'article 17 et à l'article 22, les mots : « l'organisme payeur », « la caisse gestionnaire », « la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte » et « l'organisme débiteur des prestations familiales » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article 19 ».</p>	<p>4° Le début du II de l'article 22 est ainsi rédigé : « L'organisme mentionné à l'article 19 rembourse... (<i>le reste sans changement</i>). » ;</p>	<p>4° Non modifié</p>
<p><b>Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 modifiée relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte</b></p>	<p>II. – 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 modifiée :</p>	<p>II. – Non modifié</p>	<p>II. – Non modifié</p>
<p>Art. 22. – I. – La caisse de sécurité sociale de Mayotte est un organisme de droit privé doté de la personnalité civile.</p>	<p>1° Après l'article 20-5-6, il est inséré un article 20-5-7 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 20-5-7. – Les frais d'hospitalisation mentionnés au 10° de l'article 20-1 sont facturés dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 174-1 et au I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. » ;</p> <p>2° L'article 22 est ainsi modifié :</p>		

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

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>8° D'exercer une action sociale au profit des ressortissants du régime visé au 4° ci-dessus ;</p>	<p>c) La première phrase du premier alinéa du III est ainsi rédigée :</p>		
<p>9° (Paragraphe supprimé)</p>			
<p>III. – A l'exception de la contribution portant sur les revenus visés au 4° du II de l'article 21 ci-dessus qui est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu applicable dans la collectivité territoriale de Mayotte, la caisse assure le recouvrement des ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° ci-dessus selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et cotisations du régime général de la sécurité sociale de la France métropolitaine. Un décret en Conseil d'État adapte en tant que de besoin ces règles, garanties et sanctions à la situation particulière de la collectivité territoriale de Mayotte.</p>	<p>« La caisse assure le recouvrement des ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° du II du présent article et de la cotisation prévue à l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale tel qu'adapté au 4° de l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 précitée, selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et cotisations du régime général de la sécurité sociale de la France métropolitaine. » ;</p>		
<p>Les articles L. 244-6 et L. 244-12 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.</p>			
<p>Les agents de l'administration fiscale de Mayotte communiquent à leur demande aux agents de la caisse de sécurité sociale les renseignements nécessaires à l'établissement de l'assiette des cotisations et</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>contributions et au calcul des prestations des régimes et actions gérés par la caisse.</p>	d) Le IV est abrogé ;		
<p>IV. – La caisse de sécurité sociale de Mayotte assure, dans les conditions prévues au III ci-dessus pour les ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° du II, le recouvrement des cotisations du régime des prestations familiales de Mayotte prévues à l'article 18 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte. Elle assure dans les mêmes conditions le recouvrement de la cotisation prévue à l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale tel qu'adapté par le 4° de l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 modifiée relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.</p>			
<p>V. – La caisse de sécurité sociale peut assurer, notamment pour le compte de la collectivité territoriale de Mayotte ou de l'État, la gestion de tout dispositif de protection ou d'aide sociale autres que ceux entrant directement dans ses compétences, dans des conditions définies par des conventions et sous réserve du paiement des frais correspondant à cette gestion.</p>			
<p>VI. – Les organismes nationaux visés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale exercent, chacun dans son champ de compétence, un contrôle en matière de gestion de trésorerie ainsi qu'un contrôle sur les opérations immobilières et sur la gestion du</p>	e) Au VI, après la référence: « L. 222-1 », il est inséré la référence: « , L. 223-1 » ;		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>patrimoine immobilier sur la caisse de sécurité sociale de Mayotte, au titre de ses attributions énoncées aux II et III ci-dessus.</p>			
<p>Les articles L. 224-11 et L. 224-13 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte qui est considérée comme un organisme de base mentionné au titre Ier du livre II de ce même code.</p>			
<p>L'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale est applicable à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.</p>			
<p>VII. – Les accords collectifs de travail conclus au sein de la caisse de sécurité sociale de Mayotte ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale.</p>			
<p>Art. 23. – I. – La caisse de sécurité sociale est administrée par un conseil de vingt membres comprenant :</p>			
<p>– huit représentants des assurés sociaux, désignés par les organisations syndicales représentatives selon le code du travail applicable à Mayotte ;</p>			
<p>– huit représentants des entreprises, désignés par les organisations professionnelles locales, dont quatre représentants des employeurs, deux représentants des travailleurs indépendants et deux représentants des exploitants agricoles ;</p>			
<p>– quatre personnes qualifiées désignées par le représentant de l'État à Mayotte, dont un représentant de l'association des femmes mahoraises et un représentant</p>	<p>3° Au quatrième alinéa du I de l'article 23, après le mot : « mahoraises »,</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>des retraités.</p> <p>Siège également avec voix consultative un représentant du personnel élu dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Assiste également aux séances du conseil l'autorité compétente de l'État.</p> <p>.....</p> <p>Art. 23-2. – Les articles L. 162-29, L. 162-29-1, L. 162-30 et L. 162-30-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.</p> <p>La caisse de sécurité sociale de Mayotte assume dans ce cadre les compétences des caisses primaires d'assurance maladie.</p>	<p>sont insérés les mots : « , un représentant des associations familiales » ;</p> <p>4° L'article 23-2 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Les articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve de l'adaptation suivante : au 1° et au 3° du II du même article L. 162-1-14, les mots : « du présent code » sont remplacés par les mots : « de la présente ordonnance ».</p> <p>« La caisse de sécurité sociale de Mayotte assume dans ce cadre les compétences respectivement des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse et des caisses d'assurance maladie. » ;</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission					
<p>Art. 24. – Le conseil de la caisse de sécurité sociale de Mayotte a pour rôle de déterminer, sur proposition du directeur :</p>	<p>1° Les orientations des contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale au titre de ses missions fixées aux 1° à 4° et III et IV de l'article 22 ;</p>	<p>2° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'usager ;</p>	<p>3° Les axes de la politique de communication à l'égard des usagers ;</p>	<p>4° Les axes de la politique de gestion du risque.</p>	<p>Il est périodiquement tenu informé par le directeur de la mise en œuvre des orientations qu'il définit et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement. Il approuve, sur proposition du directeur, les budgets de gestion et d'intervention. Ces propositions sont réputées approuvées, sauf opposition du conseil à la majorité qualifiée, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.</p>	<p>Le conseil délibère également sur :</p>	<p>1° La politique d'action sanitaire et sociale menée par la caisse dans le cadre des orientations définies par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-1 et L. 222-1 du code de la sécurité sociale ;</p>	<p>5° Au huitième alinéa de l'article 24, la référence : « et L. 222-1 » est remplacée par les références : « ,</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>2° Les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, notamment par une commission spécifique constituée à cet effet ;</p> <p>3° L'acceptation et le refus des dons et legs ;</p> <p>4° La représentation de la caisse dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.</p> <p>Il délibère sur les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Le conseil peut être saisi par le directeur de toute question relative au fonctionnement de la caisse.</p> <p>Le conseil peut, sur le fondement d'un avis motivé rendu à la majorité des deux tiers de ses membres, diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.</p> <p>Les modalités de mise en œuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du conseil, sont précisées par décret.</p>	<p>L. 222-1 et L. 223-1 » ;</p> <p>6° L'article 26 est ainsi rédigé :</p>		
<p>Art. 26. – I. – Les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses de gestion administrative et, par imputation de leur budget</p>	<p>« Art. 26. – I. – Pour assurer le service des prestations des régimes définis au 1° à 4° du II de l'article 22, les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>d'intervention, les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses d'action sociale et de prévention.</p>	<p>disposer pour couvrir les dépenses de chacun desdits régimes au titre de l'exercice, après déduction des recettes de cotisations et contributions sociales de ces mêmes régimes au titre de l'exercice.</p> <p>« Si, pour tout ou partie des régimes, les recettes de cotisations et contributions sociales excèdent les dépenses au titre de l'exercice, la caisse de sécurité sociale de Mayotte transfère les excédents constatés aux organismes nationaux du régime général concernés au titre de ce même exercice.</p>		
<p>II. – (Paragraphe supprimé)</p>	<p>« II. – Les organismes nationaux mentionnés au I ainsi que l'agence centrale des organismes de sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses de gestion administrative au titre de l'exercice, après déduction des éventuelles recettes de gestion administrative au titre de ce même exercice.</p>		
<p>III. – La gestion de chacun des régimes et actions visés au II de l'article 22 ci-dessus est retracée distinctement dans les écritures comptables de la caisse de sécurité sociale.</p>	<p>« Les dépenses de gestion administrative de la caisse s'inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.</p> <p>« III. – Les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses d'action sociale et de prévention au</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>IV. – Les excédents de chacun de ces régimes ne peuvent être affectés ni au financement des autres régimes gérés par la caisse ni au financement de dépenses n'entrant pas dans le domaine de compétence de la caisse de sécurité sociale.</p>	<p>bénéfice des ressortissants des régimes mentionnés au II de l'article 22 de la présente ordonnance.</p> <p>« Les dépenses d'action sociale et de prévention s'inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du même code.</p> <p>« Les objectifs de l'action sociale et de la prévention exercée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte en faveur des ressortissants des régimes mentionnés au II de l'article 22 de la présente ordonnance et de leur famille sont définis par les contrats pluriannuels mentionnés au même article L. 227-3.</p>		
<p>La gestion commune de trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse ne fait pas obstacle à l'obligation prévue à l'alinéa précédent.</p>	<p>« IV. – La gestion de chacun des régimes et actions mentionnés au II de l'article 22 est retracée distinctement dans les écritures comptables de la caisse de sécurité sociale.</p>		
<p>Les excédents peuvent faire l'objet de placements dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'État.</p>			
<p>Toutefois, le cas échéant, le résultat excédentaire de chaque exercice du régime prévu par les articles 5 à 23 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>versé à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dans des conditions fixées par arrêté interministériel ;</p>			
<p>Les réserves constituées par le régime prévu à l'article 98 de la loi du 3 janvier 1985 susvisée avec les excédents de ses exercices antérieurs au 1er janvier 2003 sont versées au fonds de réserve pour les retraites institué par l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale.</p>			
<p>V. – À compter de l'exercice 2007, les sommes constitutives des réserves de la caisse de sécurité sociale de Mayotte constatées au titre des résultats excédentaires des années antérieures des différents risques et actions autres que le régime d'assurance vieillesse sont affectées au financement du régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à l'exception d'une somme affectée au financement du programme immobilier nécessaire au fonctionnement de la caisse. Les modalités d'application du présent V sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p>	<p>« V. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte, dans les conditions fixées en application de l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale.</p>		
<p>VI. – À compter du 1er janvier 2008, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte.</p>	<p>« VI. – Les articles L. 114-5, L. 114-6 et L. 114-6-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.</p>		
<p>En vue de clarifier la gestion des différents régimes et actions gérés par la caisse, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure</p>			

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>l'individualisation de la trésorerie de chaque régime et action par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable ; elle établit l'état prévisionnel de la trésorerie de chaque régime et action.</p>	<p>« VII. – Pour l'application du présent article, la caisse de sécurité sociale de Mayotte est considérée comme un organisme de base au sens du titre I<sup>er</sup> du livre II du code de la sécurité sociale.</p> <p>« VIII. – Un décret fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article. »</p>		
<p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p> <p>Art. L. 762-1-2. – À Mayotte, la gestion des différentes branches de la protection sociale des non-salariés des professions agricoles, à l'exception de celle des prestations familiales, est assurée par une caisse de la mutualité sociale agricole désignée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale. Une convention entre cette caisse et la caisse de sécurité sociale de Mayotte définit l'appui technique local qu'apporte cette dernière, notamment pour l'accueil des prestataires.</p>	<p>III. – L'article L. 762-1-2 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2012-789 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation de certaines dispositions du code rural et de la pêche maritime et d'autres dispositions législatives à Mayotte, est ainsi modifié :</p> <p>1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « de celle » sont remplacés par les mots : « du service » ;</p>		<p>III. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>La gestion de la branche des prestations familiales pour les non-salariés des professions agricoles est assurée par la caisse gestionnaire des prestations familiales de Mayotte en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte.</p>	<p>2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :</p> <p>« Le service des prestations familiales pour les non salariés des professions agricoles est assuré par l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte. »</p>		
<p>Pour les besoins de l'application du présent livre, les dispositions du code de la sécurité sociale auxquelles les dispositions du présent code renvoient sont applicables à Mayotte dans les conditions prévues au présent titre.</p>			
<p><b>Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004</b></p>			
<p>Art. 33. – Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 23 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005 dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des</p>			<p>III bis (nouveau). – Le XXIII de l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, dans sa version à venir au 1<sup>er</sup> janvier 2015, est supprimé.</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
dispositions suivantes :			
I. – .....			
II. – Jusqu'au 31 décembre 2015, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. Ces tarifs servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. .....	IV. – À la dernière phrase du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), après les mots : « professionnelles, », sont insérés les mots : « à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, ».		IV. – Non modifié
	V. – Les réserves et le report à nouveau inscrits dans les comptes de la caisse de sécurité sociale de Mayotte au 1 <sup>er</sup> janvier 2015 au titre de la gestion des régimes, de		V. – Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	<p>l'action sociale et de la prévention mentionnés au II de l'article 22 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 sont transférés, après affectation du résultat de l'exercice 2014, aux organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale. Un arrêté fixe les montants de ces transferts.</p> <p>VI. – Les droits, biens et obligations de la caisse d'allocations familiales de La Réunion afférents à la gestion du régime des prestations familiales à Mayotte, ainsi que les contrats de travail des agents concernés, sont transférés à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.</p> <p>VII. – Le I, les 2° à 6° du II, et les III, V et VI du présent article prennent effet au 1er janvier 2015. Le 1° du II et le IV entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016..</p>	—	—
<b>Code de la sécurité sociale</b>	<p style="text-align: center;"><b>Article 21</b></p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>A. – L'article L. 131-7 est ainsi modifié :</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 21</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>A. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 21</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>A. – Alinéa sans modification</p>

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>Art. L. 131-7. – Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'État pendant toute la durée de son application, à l'exception de l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et des mesures prévues aux articles L. 241-13 et L. 241-6-4 dans leur rédaction en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2011 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles.</p> <p>Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi.</p> <p>La règle définie au premier alinéa s'applique également :</p> <p>1° À toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;</p> <p>2° À toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée.</p> <p>À compter de la date</p>	<p>1° Après le mot : « application », la fin du premier alinéa est supprimée ;</p>		<p>1° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>de publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée, tout transfert de charges opéré entre l'État et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre lesdits régimes ou organismes et le budget de l'État.</p>	<p>2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux dispositions prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4, L. 241-13 et au second alinéa de l'article L. 242-11, dans leur rédaction en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2015 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées à ces mêmes articles, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1 <u>résultant du 11° de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.</u> » ;</p>	<p>B. – Non modifié</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p> <p>« Le ...</p> <p>... l'article L. 651-1.</p>
<p>Art. L. 131-8. – Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p> <p>1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :</p>	<p>B. – L'article L. 131-8 est ainsi modifié :</p> <p>1° Le 1° est ainsi modifié :</p>	<p>B. – Non modifié</p>	<p>B. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>— à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,5 % ;</p>	<p>a) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,5 % » est remplacé par le taux : « 18 % » ;</p>	<p>—</p>	<p>a) Non modifié</p>
<p>— à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 27,5 % ;</p>	<p>b) À la fin du quatrième alinéa, le taux : « 19 % » est remplacé par le taux : « 28,5 % » ;</p>	<p>—</p>	<p>b) À la fin du dernier alinéa, ...  ... « 28,5 % » ;</p>
<p>— au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 19 % ;</p> <p>2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;</p>	<p>3° Le produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile, mentionnée à l'article L. 137-6, est versé à la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2 ;</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>4° Le produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts est affecté, à parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;</p>	<p>5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14, L. 137-18 et L. 137-19 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>même 1° ;</p> <p>7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :</p> <p>a) À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 60 % ;</p> <p>b) À la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 8,97 % ;</p> <p>c) À la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 17,6 % ;</p> <p>d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;</p> <p>e) À la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 7,48 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;</p> <p>f) À l'Établissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la Société nationale des chemins de fer français et de la Régie autonome des transports parisiens et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une frac-</p>	<p>2° Le 7° est ainsi modifié :</p> <p>a) À la fin du a, le taux : « 60 % » est remplacé par le taux : « 57,53 % » ;</p> <p>b) Au e, le taux : « 7,48 % » est remplacé par le taux : « 7,99 % » ;</p>		<p>2° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>tion correspondant à 0,60 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;</p>	<p>c) Après le h, il est inséré un i ainsi rédigé :</p> <p>« i) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 %. » ;</p>		
<p>g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ;</p>			
<p>h) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 %.</p>			
<p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>			
<p>Art. L. 136-8. – I. – Le taux des contributions sociales est fixé :</p>			
<p>1° À 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;</p>			
<p>2° À 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>et L. 136-7 ;</p> <p>3° À 6,9 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.</p> <p>II. – Par dérogation au I :</p> <p>1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ;</p> <p>2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.</p> <p>III. – Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts et dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède les seuils déterminés en application des dispositions des I et III du même article.</p> <p>VI. – 1 L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir le produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article.</p> <p>2 Il en est de même pour les produits recouverts simultanément aux contribu-</p>	C. – Le 2° du VI de	C. – Le ...	C. – Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>tions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7.</p>	<p>l'article L. 136-8 est complété par les mots : « et pour les produits mentionnés au III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée ».</p>	<p>... mentionnés aux I et III de l'article ... ... précitée ».</p>	
<p>.....</p> <p>Art. L. 651-2-1. – Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés :</p>	<p>D. — L'article L. 651-2-1, dans sa rédaction issue de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, est ainsi modifié :</p>	<p>D. — Non modifié</p>	<p>D. – Non modifié</p>
<p>1° À la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 22 % ;</p>	<p>1° À la fin du 1°, le taux : « 22 % » est remplacé par le taux : « 13,3 % » ;</p>		
<p>2° À la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 33 % ;</p>	<p>2° À la fin du 2°, le taux : « 33 % » est remplacé par le taux : « 41,7 % ».</p>		
<p>3° Au fonds mentionné à l'article L. 135-3, pour une fraction correspondant à 14 % ;</p>			
<p>4° À la branche des assurances invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, pour une fraction correspondant à 31 %.</p>			
<p>La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.</p>			
<p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p>	<p>II. – L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 6° ainsi rédigé :</p>	<p>II. – L'article L. 14-10-4 du ... ... rédigé :</p>	<p>II. – Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 14-10-4. – Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :</p>			
<p>1° Une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ;</p>			
<p>1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1 bis de l'article 1657 du code général des impôts. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus au III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale.</p>			
<p>Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ;</p>			
<p>2° Une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 0,3 % ;</p>			
<p>3° Une fraction de 0,1 point du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du même code ;</p>			
<p>4° Une participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse, représentative d'une fraction identique pour tous les régimes, déterminée par voie réglementaire, des sommes consacrées par chacun de ceux-ci en 2000 aux dépenses d'aide-ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes remplissant la condition de perte d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ; cette fraction ne peut être inférieure à la moitié ni supérieure aux trois quarts des sommes en cause. Le montant de cette participation est revalorisé chaque année, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la</p>			

Texte en vigueur —	Texte du projet de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Propositions de la commission —
<p>consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée ;</p> <p>5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.</p>	<p>« 6° Une part, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation sur les tabacs. »</p> <p>III. – Le présent article s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p>	<p>« 6° Une ...</p> <p>... tabacs. La répartition de cette part entre les sections mentionnées au présent article est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget. »</p> <p>III. – Le présent article s'applique aux produits assis sur les opérations dont le fait générateur intervient à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, à l'exception du A du I, qui s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p>	<p>« 6° Une ...</p> <p>... mentionnées à l'article L.14-10-5 est ...</p> <p>... budget. »</p> <p>III. – Non modifié</p>
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p>Art. L. 136-6. – I. – .....</p> <p>III. – La contribution portant sur les revenus mentionnés aux I à II ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit annuel de cette contribution résultant de la mise en recou-</p>	<p><b>Article 22</b></p> <p>I. – Le III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° À la première phrase du premier alinéa, le mot : « ci-dessus » est remplacé par les mots : « , à l'exception du e bis du I, » ;</p>	<p><b>Article 22</b></p> <p>(Sans modification)</p>	<p><b>Article 22</b></p> <p>(Sans modification)</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>vement du rôle primitif est versé le 25 novembre au plus tard aux organismes affectataires.</p> <p>Les dispositions de l'article L. 80 du livre des procédures fiscales sont applicables.</p> <p>Il n'est pas procédé au recouvrement de la contribution lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 61 euros.</p> <p>La majoration de 10 % prévue à l'article 1730 du code général des impôts est appliquée au montant de la contribution qui n'a pas été réglé dans les trente jours suivant la mise en recouvrement.</p> <p>IV. – Par dérogation aux dispositions du III, la contribution portant sur les redevances visées aux articles L. 7121-8 et L. 7123-6 du code du travail et versées aux artistes du spectacle et aux mannequins est précomptée, recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties</p>	<p>2° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« La contribution portant sur les revenus mentionnés au <i>e bis</i> du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit annuel de cette contribution est versé aux organismes affectataires pour le montant effectivement recouvré sans qu'il soit fait application du prélèvement prévu au B du I de l'article 1641 du code général des impôts. »</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale.</p>	<p>II. – Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p>		
	<p><b>Article 23</b></p>	<p><b>Article 23</b></p>	<p><b>Article 23</b></p>
	<p>Est approuvé le montant de 3,7 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.</p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>
	<p><b>TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b></p>	<p><b>TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b></p>	<p><b>TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b></p>
	<p><b>Article 24</b></p>	<p><b>Article 24</b></p>	<p><b>Article 24</b></p>
	<p><b>Cf. Annexe 1</b></p>	<p><b>Cf. Annexe 1</b></p>	<p><b>Cf. Annexe 1</b></p>
		<p><i>(Sans modification)</i></p>	<p><i>(Tableau modifié)</i></p>
	<p><b>Article 25</b></p>	<p><b>Article 25</b></p>	<p><b>Article 25</b></p>
	<p><b>Cf. Annexe 1</b></p>	<p><b>Cf. Annexe 1</b></p>	<p><b>Cf. Annexe 1</b></p>
		<p><i>(Sans modification)</i></p>	<p><i>(Tableau modifié)</i></p>
	<p><b>Article 26</b></p>	<p><b>Article 26</b></p>	<p><b>Article 26</b></p>
	<p><b>Cf. Annexe 1</b></p>	<p><b>Cf. Annexe 1</b></p>	<p><b>Cf. Annexe 1</b></p>
		<p><i>(Sans modification)</i></p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>
	<p><b>Article 27</b></p>	<p><b>Article 27</b></p>	<p><b>Article 27</b></p>
	<p><b>Cf. Annexe 1</b></p>	<p><b>Cf. Annexe 1</b></p>	<p><b>Cf. Annexe 1</b></p>
		<p><i>(Sans modification)</i></p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>

**Texte en vigueur**

—

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la  
commission**

—

**Article 28**

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2015 à 2018), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

**Article 28**

*(Sans modification)*

**Article 28**

*(Sans modification)*

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Livre I<sup>er</sup> Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales Chapitre 1<sup>er</sup> Dispositions relatives aux prestations Section 4 Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé</p>	<p><b>QUATRIÈME PARTIE</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015</b> <b>TITRE I<sup>ER</sup></b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE</b></p> <p>CHAPITRE I<sup>ER</sup> <b>Amélioration de l'accès aux soins et aux droits</b></p> <p><b>Article 29</b></p> <p>I. – Le code la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° À l'intitulé de la section 4 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup>, les mots : « et cartes de santé » sont remplacés par les mots : « et tiers payant » ;</p> <p>2° La même section 4 est complétée par un article L. 161-36-2 ainsi rétabli :</p> <p>« Art. L. 161-36-2. – Les organismes d'assurance maladie sont habilités, dans le cadre du tiers payant, à verser au professionnel ou à l'établissement de santé la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que, le cas échéant, lorsqu'ils ont reçu délégation de gestion,</p>	<p><b>QUATRIÈME PARTIE</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015</b> <b>TITRE I<sup>ER</sup></b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE</b></p> <p>CHAPITRE I<sup>ER</sup> <b>Amélioration de l'accès aux soins et aux droits</b></p> <p><b>Article 29</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p> <p>2° Non modifié</p>	<p><b>QUATRIÈME PARTIE</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015</b> <b>TITRE I<sup>ER</sup></b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE</b></p> <p>CHAPITRE I<sup>ER</sup> <b>Amélioration de l'accès aux soins et aux droits</b></p> <p><b>Article 29</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 162-16-7. – Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code.</p>	<p>celle prise en charge par l'organisme servant les prestations d'assurance complémentaire de santé de l'assuré. » ;</p>	<p>3° Non modifié</p>	
<p>Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa.</p>			
<p>La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médica-</p>	<p>3° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-16-7, après la référence : « L. 861-1 », sont insérés les mots : « et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du présent code » ;</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>ment générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.</p>	<p>4° Le chapitre III du titre VI du livre VIII est complété par un article L. 863-7-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 863-7-1. – Les bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que sur la part des dépenses couverte par leur contrat d'assurance complémentaire de santé sélectionné en application de l'article L. 863-6, pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les</p>	<p>4° Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 863-7-1. – Alinéa sans modification</p>	
<p>L'accord national mentionné au premier alinéa peut décider de maintenir la dispense d'avance de frais dans les zones géographiques pour lesquelles les niveaux de substitution sont supérieurs aux objectifs fixés par cet accord. La suppression de la dispense d'avance de frais s'applique dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente par les partenaires conventionnels mentionnés au premier alinéa.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 861-3. – Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :</p> <p>1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code,</p>	<p>professionnels de santé. Ce tiers payant est mis en œuvre pour la délivrance de médicaments dans le respect des conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, il n'est pas mis en œuvre lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3.</p> <p>« Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes d'assurance complémentaire de santé et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. <u>Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.</u> » ;</p>	<p>« Un décret ... ... payant permettant aux professionnels et aux établissements de santé qui le souhaitent d'avoir un interlocuteur unique. Il précise notamment, à cet effet, la procédure applicable entre les professionnels de santé ... ... part. » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;</p>			
<p>2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;</p>			
<p>3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.</p>			
<p>La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'État afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.</p>			
<p>L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.</p>			
<p>Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit.</p>	<p>5° Le dernier alinéa de l'article L. 861-3 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>5° Non modifié</p>	
<p>Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.</p>	<p>« Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure. »</p>		
<p>Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 322-4. – La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 n'est pas exigée pour ses ayants droit mineurs ainsi que pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1.</p>	<p>II. – Le 4° du I du présent article entre en vigueur à la date fixée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.</p> <p>À compter de cette même date et jusqu'au 31 décembre 2015, par dérogation à l'article L. 863-7-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, le tiers payant prévu par ces mêmes dispositions s'applique, s'agissant de la part des dépenses prise en charge par l'assurance complémentaire de santé, à hauteur des niveaux minimaux de prise en charge des dépenses fixés par le décret mentionné à l'article L. 863-6 du même code, dans sa rédaction résultant du I de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 précitée.</p>	<p>II. – Non modifié</p> <p><b>Article 29 bis (nouveau)</b></p> <p>I. – Le premier alinéa de l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Les mots : « ainsi que » sont remplacés par le signe : « , » ;</p> <p>2° Sont ajoutés les mots : « ainsi que pour les bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 ».</p>	<p><b>Article 29 bis</b></p> <p>I. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 322-4. – La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 n'est pas exigée pour ses ayants droit mineurs ainsi que pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1.</p> <p>Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article L. 322-2.</p> <p>Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article L. 322-2.</p>			<p><i>I bis (nouveau)</i> . – Au second alinéa de l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale, après les mots : « de même », sont insérés les mots : « pour les ayants droit mineurs de l'assuré ainsi que pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 ».</p> <p>II. – Non modifié</p>
<p>Art. L. 322-3. – La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :</p> <p>1°) lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;</p> <p>.....</p> <p>21°) Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs.</p>	<p><b>Article 30</b></p> <p>Après le 21° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 22° ainsi rédigé :</p> <p>« 22° Pour certains</p>	<p>II. – Le présent article entre en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2015.</p> <p><b>Article 30</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>	<p><b>Article 30</b></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 22° Pour ...</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.</p>	<p>frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1. »</p>	<p><b>Article 30 bis (nouveau)</b></p> <p>Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 161-36 est abrogé ;</p>	<p>... titre des actes donnant lieu aux honoraires ...</p> <p>... L. 162-16-1. »</p> <p><b>Article 30 bis</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.</p>			
<p>Art. L. 161-36. – Le conditionnement des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 doit comporter des informations relatives à ces médicaments et destinées aux organismes d'assurance maladie.</p>			
<p>Le contenu, le support et le format de ces informations sont fixés par décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise également les modalités d'utilisation de ces informations, notamment aux fins de contrôle par les organismes d'assurance</p>			

Texte en vigueur —	Texte du projet de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Propositions de la commission —
<p>maladie.</p> <p>Art. L. 331-6. — L'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3 est accordée au père pour une durée de dix semaines au plus à compter du jour de la naissance et de vingt-deux semaines au plus en cas de naissances multiples, lorsque la mère est décédée du fait de l'accouchement et sous réserve que le père cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation.</p>	<p><b>Article 31</b></p> <p>I. — Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 331-6 est ainsi modifié :</p> <p>a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse tout travail salarié durant cette période et sans qu'il soit fait application des conditions prévues à</p>	<p>2° Après l'article L. 162-16-1-1, il est inséré un article L. 162-16-1-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-16-1-2. — Les médecins mentionnés à l'article L. 4211-3 du code de la santé publique peuvent facturer certains des honoraires mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »</p> <p><b>Article 31</b></p> <p>I. — Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>a) Alinéa sans modification</p> <p>« En ...</p> <p>... salarié pendant cette durée et ...</p>	<p><b>Article 31</b></p> <p>(Sans modification)</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>La période d'indemnisation est portée à dix-huit semaines lorsque, du fait de la ou des naissances, le père assume la charge de trois enfants au moins, dans les conditions déterminées à l'article L. 512-3.</p>	<p>l'article L. 313-1. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3. » ;</p>	<p>... L. 331-3. » ;</p>	
<p>Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans les conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 331-5.</p>			
<p>Lorsque le père de l'enfant ne perçoit pas l'indemnité, le bénéfice de celle-ci est accordé au conjoint salarié de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p>	<p>b) Au dernier alinéa, les mots : « ne perçoit pas l'indemnité, le bénéfice de celle-ci » sont remplacés par les mots : « ne demande pas à bénéficier de l'indemnité, le droit à indemnisation » et, après les mots : « au conjoint », le mot : « salarié » est supprimé ;</p>	<p>b) Alinéa sans modification</p>	
	<p>2° La sous-section 2 de la section 3 du chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre VI est complétée par un article L. 613-19-3 ainsi rédigé :</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	
	<p>« Art. L. 613-19-3. – En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée</p>	<p>« Art. L. 613-19-3. – En ...</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	<p>restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 613-8. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité prévue aux articles L. 613-19 et L. 613-19-1 sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue aux mêmes articles lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.</p>	<p>... de l'indemnité journalière prévue ...</p> <p>... professionnelle pendant cette durée et, ...</p> <p>... mère.</p>	—
	<p>« Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit, dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>3° Après l'article L. 722-8-3, il est inséré un article L. 722-8-4 ainsi rédigé :</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p>	
	<p>« Art. L. 722-8-4. – En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par</p>	<p>« Art. L. 722-8-4. – En ...</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p> <p>Art. L. 732-11. – Le bénéfice de l'allocation de remplacement prévue aux articles L. 732-10 et L. 732-10-1 est également accordé aux non-salariés agricoles mentionnés aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 722-10 qui perçoivent leurs prestations du régime de leur</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle pendant cette période et sans qu'il soit fait application du dernier alinéa de l'article L. 722-6. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité prévue aux articles L. 722-8 et L. 722-8-1 sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue à l'article L. 732-10 lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.</p> <p style="padding-left: 40px;">« Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit, dans des conditions fixées par décret.</p> <p style="padding-left: 40px;">« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. »</p> <p style="text-align: center;">II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p> <p style="padding-left: 40px;">1° À l'article L. 732-11, la référence : « et L. 732-10-1 » est remplacée par les références : « , L. 732-10-1 et L. 732-12-2 » ;</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="padding-left: 40px;">... professionnelle pendant cette durée et ...</p> <p style="padding-left: 40px;">... prévue aux mêmes articles lorsqu'elle ...</p> <p>... mère.</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">II. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>activité salariée, au prorata de leur activité à temps partiel sur l'exploitation lorsqu'ils répondent à des conditions de durée maximale d'activité salariée précisées par le décret en Conseil d'État prévu à l'article L. 732-13.</p>	<p>2° Après l'article L. 732-12-1, il est inséré un article L. 732-12-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 732-12-2. – En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père, lorsqu'il appartient à l'une des catégories mentionnées aux 1°, 2°, 4° et 5° de l'article L. 722-10, bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 732-15. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'allocation prévue à l'article L. 732-10, sous réserve qu'il cesse toute activité sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole.</p> <p>« Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit, dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 331-5 du code de la sécurité sociale.</p> <p>« Lorsque le père de</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État</b></p>	<p>l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, sous réserve qu'il appartienne aux catégories mentionnées au premier alinéa du présent article. »</p>	<p>III. – Non modifié</p>	
<p>Art. 34. – Le fonctionnaire en activité a droit :</p>	<p>III. – Le 5° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État est ainsi modifié :</p>		
<p>1° À un congé annuel avec traitement dont la durée est fixée par décret en Conseil d'État ;</p>			
<p>2° À des congés de maladie dont la durée totale peut atteindre un an pendant une période de douze mois consécutifs en cas de maladie dûment constatée mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Celui-ci conserve alors l'intégralité de son traitement pendant une durée de trois mois ; ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Le fonctionnaire conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence. Le bénéfice de ces dispositions est subordonné à la transmission par le fonctionnaire, à son administration, de l'avis d'arrêt de travail justifiant du bien-fondé du congé de maladie, dans un</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>délai et selon les sanctions prévus en application de l'article 35.</p>			
<p>Toutefois, si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à mise à la retraite. Il a droit, en outre, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident ;</p>			
<p>3° À des congés de longue maladie d'une durée maximale de trois ans dans les cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaire un traitement et des soins prolongés et qu'elle présente un caractère invalidant et de gravité confirmée. Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant un an ; le traitement est réduit de moitié pendant les deux années qui suivent. L'intéressé conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.</p>			
<p>Les dispositions du deuxième alinéa du 2° du présent article sont applicables au congé de longue maladie.</p>			
<p>Le fonctionnaire qui a obtenu un congé de longue maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette na-</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission			
<p>ture, s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant un an ;</p>	<p>4° À un congé de longue durée, en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis, de trois ans à plein traitement et de deux ans à demi-traitement. Le fonctionnaire conserve ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.</p>	<p>Si la maladie ouvrant droit à congé de longue durée a été contractée dans l'exercice des fonctions, les périodes fixées ci-dessus sont respectivement portées à cinq ans et trois ans.</p>	<p>Sauf dans le cas où le fonctionnaire ne peut être placé en congé de longue maladie à plein traitement, le congé de longue durée n'est attribué qu'à l'issue de la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie. Cette période est réputée être une période du congé de longue durée accordé pour la même affection. Tout congé attribué par la suite pour cette affection est un congé de longue durée.</p>	<p>Sur demande de l'intéressé, l'administration a la faculté, après avis du comité médical, de maintenir en congé de longue maladie le fonctionnaire qui peut prétendre à l'octroi d'un congé de longue durée ;</p>	<p>1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>« 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption,</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale.</p>	<p>avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.</p> <p>« En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.</p> <p>« Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.</p> <p>« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p> <p>« Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;</p>		
<p>Au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas de naissance, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.</p>	<p>2° À la première</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>cun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 60 ;</p>	<p>phrase du dernier alinéa, les références : « aux deux alinéas précédents » sont remplacées par la référence : « au présent 5° ».</p>		
<p>6° Au congé de formation professionnelle ;</p>			
<p>6° bis Au congé pour validation des acquis de l'expérience ;</p>			
<p>6° ter Au congé pour bilan de compétences ;</p>			
<p>7° Au congé pour formation syndicale avec traitement d'une durée maximale de douze jours ouvrables par an.</p>			
<p>La formation ouvrant droit au bénéfice de ce congé et placée sous la responsabilité des organisations syndicales de fonctionnaires représentées au Conseil supérieur de la fonction publique de l'État peut faire l'objet d'une aide financière de l'État ;</p>			
<p>8° A un congé de six jours ouvrables par an accordé, sur sa demande, au fonctionnaire de moins de vingt-cinq ans, pour participer aux activités des organisations de jeunesse et d'éducation populaire, des fédérations et des associations sportives et de plein air légalement constituées, destinées à favoriser la préparation, la formation ou le perfectionnement de cadres et animateurs. Ce congé non</p>			

**Texte en vigueur**

—

rémunéré peut être pris en une ou deux fois à la demande du bénéficiaire. La durée du congé est assimilée à une période de service effectif. Elle ne peut être imputée sur la durée du congé annuel ;

9° À un congé de solidarité familiale lorsqu'un ascendant, un descendant, un frère, une sœur, une personne partageant le même domicile ou l'ayant désigné comme sa personne de confiance au sens de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause. Ce congé non rémunéré est accordé, sur demande écrite du fonctionnaire, pour une durée maximale de trois mois, renouvelable une fois. Il peut être fractionné dans des conditions fixées par décret. Le congé de solidarité familiale prend fin soit à l'expiration de la période de trois mois, soit dans les trois jours qui suivent le décès de la personne accompagnée, soit à une date antérieure. La durée de ce congé est assimilée à une période de service effectif. Elle ne peut être imputée sur la durée du congé annuel. Ce congé peut être transformé en période d'activité à temps partiel dans des conditions fixées par décret ;

10° À un congé pour siéger, comme représentant d'une association déclarée en application de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association ou inscrite au registre des associations en application de la loi du 19 avril 1908 applicable au contrat

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la  
commission**

—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>d'association dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ou d'une mutuelle au sens du code de la mutualité, dans une instance, consultative ou non, instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'État à l'échelon national, régional ou départemental, ou d'une collectivité territoriale. Ce congé avec traitement est accordé sous réserve des nécessités de service et ne peut dépasser neuf jours ouvrables par an. Il peut être fractionné en demi-journées. Ce congé ne peut se cumuler avec ceux qui sont prévus aux 7° et 8° du présent article qu'à concurrence de douze jours ouvrables pour une même année.</p>	<p>IV. – Le 5° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale est ainsi modifié :</p>	<p>IV. – Non modifié</p>	
<p><b>Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale</b></p>			
<p>Art. 57. – Le fonctionnaire en activité a droit :</p>			
<p>1° À un congé annuel avec traitement dont la durée est fixée par décret en Conseil d'État.</p>			
<p>Le fonctionnaire territorial originaire des départements de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique, de Mayotte, de la Réunion et de Saint-Pierre-et-Miquelon exerçant en métropole bénéficie du régime de congé institué pour les fonctionnaires de l'État ;</p>			

**Texte en vigueur**

—

2° À des congés de maladie dont la durée totale peut atteindre un an pendant une période de douze mois consécutifs en cas de maladie dûment constatée mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Celui-ci conserve alors l'intégralité de son traitement pendant une durée de trois mois ; ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Le fonctionnaire conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence. Le bénéfice de ces dispositions est subordonné à la transmission par le fonctionnaire, à son administration, de l'avis d'arrêt de travail justifiant du bien-fondé du congé de maladie, dans un délai et selon les sanctions prévus en application de l'article 58.

.....

3° À des congés de longue maladie d'une durée maximale de trois ans dans les cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaires un traitement et des soins prolongés et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée. Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant un an ; le traitement est réduit de moitié pendant les deux années qui suivent. L'intéressé conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Le fonctionnaire qui a obtenu un congé de longue maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette na-

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la commission**

—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>ture s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant un an.</p>			
<p>Les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas du 2° du présent article sont applicables aux congés de longue maladie ;</p>			
<p>4° À un congé de longue durée, en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis, de trois ans à plein traitement et de deux ans à demi-traitement. Le fonctionnaire conserve ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.</p>			
<p>.....</p>			
<p>4° bis. Après six mois consécutifs de congé de maladie pour une même affection, après un congé de longue maladie ou un congé de longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés, après avis du comité médical compétent, à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique, accordé pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection.</p>			
<p>.....</p>			
<p>5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif.</p>	<p>1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.</p> <p>« En cas de décès de</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale.</p>	<p>la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.</p>		
	<p>« Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.</p>		
	<p>« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p>		
	<p>« Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;</p>		
<p>Au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas de naissance avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p>			
<p>À l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le</p>	<p>2° À la première phrase du dernier alinéa, les références : « aux deux alinéas précédents » sont remplacées par la référence : « au présent 5° ».</p>		

**Texte en vigueur**

—

fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 54 ;

6° Au congé de formation professionnelle ;

.....

11° À un congé pour siéger, comme représentant d'une association déclarée en application de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association ou inscrite au registre des associations en application de la loi du 19 avril 1908 applicable au contrat d'association dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ou d'une mutuelle au sens du code de la mutualité, dans une instance, consultative ou non, instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'État à l'échelon national, régional ou départemental, ou d'une collectivité territoriale. Ce congé avec traitement est accordé sous réserve des nécessités de service et ne peut dépasser neuf jours ouvrables par an. Il peut être fractionné en demi-journées. Ce congé ne peut se cumuler avec ceux qui sont prévus aux 7° et 8° du présent article qu'à concurrence de douze jours ouvrables pour une même année.

**Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière**

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la commission**

—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 41. – Le fonctionnaire en activité a droit :</p>	<p>V. – Le 5° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :</p>	<p>V. – Non modifié</p>	
<p>1° À un congé annuel avec traitement dont la durée est fixée par décret en Conseil d'État.</p>			
<p>Les fonctionnaires qui exercent leurs fonctions sur le territoire européen de la France et dont le lieu de résidence habituelle est situé dans les départements d'outre-mer bénéficient des congés bonifiés dans les conditions prévues pour les fonctionnaires de l'État se trouvant dans la même situation.</p>			
<p>Les fonctionnaires originaires des départements de la Haute-Corse et de la Corse-du-Sud ou des territoires d'outre-mer peuvent bénéficier, sur leur demande, d'un cumul sur deux années de leurs congés annuels pour se rendre dans leur département ou territoire d'origine ;</p>			
<p>2° À des congés de maladie dont la durée totale peut atteindre un an pendant une période de douze mois consécutifs en cas de maladie dûment constatée mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Celui-ci conserve alors l'intégralité de son traitement pendant une durée de trois mois ; ce traitement est réduit de moitié pendant les neuf mois suivants. Le fonctionnaire conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence. Le bénéficiaire de ces</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>dispositions est subordonné à la transmission par le fonctionnaire, à son administration, de l'avis d'arrêt de travail justifiant du bien-fondé du congé de maladie, dans un délai et selon les sanctions prévus en application de l'article 42.</p>			
<p>Toutefois, si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à sa mise à la retraite. Il a droit, en outre, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident.</p>			
<p>Dans le cas visé à l'alinéa précédent, l'imputation au service de la maladie ou de l'accident est appréciée par la commission de réforme instituée par le régime des pensions des agents des collectivités locales.</p>			
<p>L'établissement ou la collectivité dont il relève est subrogé dans les droits éventuels du fonctionnaire victime d'un accident provoqué par un tiers jusqu'à concurrence du montant des charges qu'il a supportées ou supporte du fait de cet accident. L'établissement ou la collectivité est admis à poursuivre directement contre le responsable du dommage ou son assureur le remboursement des charges patronales afférentes aux rémunérations maintenues ou versées audit fonc-</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>tionnaire pendant la période d'indisponibilité de celui-ci par dérogation aux dispositions de l'article 2 de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'État et de certaines autres personnes publiques ;</p>			
<p>3° À des congés de longue maladie d'une durée maximale de trois ans dans les cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaires un traitement et des soins prolongés et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée. Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant un an ; le traitement est réduit de moitié pendant les deux années qui suivent. L'intéressé conserve, en outre, ses droits à la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.</p>			
<p>Le fonctionnaire qui a obtenu un congé de longue maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant un an.</p>			
<p>Les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas du 2° du présent article sont applicables aux congés de longue maladie ;</p>			
<p>4° À un congé de longue durée, en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis, de trois ans à plein traitement et de deux ans à demi-traitement. Le fonctionnaire conserve ses droits à la totalité du supplé-</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>ment familial de traitement et de l'indemnité de résidence.</p>			
<p>Si la maladie ouvrant droit à congé de longue durée a été contractée dans l'exercice des fonctions, les périodes fixées ci-dessus sont respectivement portées à cinq ans et trois ans.</p>			
<p>Sauf dans le cas où le fonctionnaire ne peut être placé en congé de longue maladie, le congé ne peut être attribué qu'à l'issue de la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie. Cette période est réputée être une période du congé de longue durée accordé pour la même affection. Tout congé attribué par la suite pour cette affection est un congé de longue durée.</p>			
<p>Sur la demande de l'intéressé, l'établissement a la faculté, après avis du comité médical, de maintenir en congé de longue maladie le fonctionnaire qui peut prétendre à l'octroi d'un congé de longue durée ;</p>			
<p>5° Au congé pour maternité ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale ;</p>	<p>1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.</p> <p>« En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Au congé de paternité et d'accueil de l'enfant en cas de naissance, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p>	<p>de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.</p> <p>« Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.</p> <p>« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p> <p>« Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;</p>		
<p>À l'expiration de chacun des congés mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi équivalent, le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans l'emploi le plus proche de son domicile sous réserve du respect des dispositions de l'article 38 ;</p>	<p>2° À la première phrase du dernier alinéa, les références : « aux deux alinéas précédents » sont remplacées par la référence : « au présent 5° ».</p>		

**Texte en vigueur**

—

6° Au congé de formation professionnelle ; la prise en charge de ce congé et des dépenses relatives au bilan de compétences ou à des actions préparant à la validation des acquis de l'expérience, effectués à l'initiative de l'agent, dans les établissements énumérés à l'article 2, est assurée par une cotisation annuelle d'un montant de 0,20 % du montant des rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, inscrit à l'état des prévisions de recettes et de dépenses, versée à un ou plusieurs organismes paritaires agréés par l'État, chargés de la gestion et de la mutualisation de cette cotisation ;

.....

11° À un congé de présence parentale, accordé au fonctionnaire lorsque la maladie, l'accident ou le handicap d'un enfant à charge présente une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue de sa mère ou de son père et des soins contraignants. Les modalités d'appréciation de la gravité de la maladie, de l'accident ou du handicap sont définies par décret en Conseil d'État.

Ce congé est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire. Le nombre de jours de congé dont il peut bénéficier à ce titre ne peut excéder trois cent dix jours ouvrés au cours d'une période de trente-six mois. Chacun de ces jours ne peut être fractionné. La période de congé ne peut être imputée sur la durée du congé annuel.

Pendant les jours de congé de présence parentale,

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la commission**

—

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>le fonctionnaire n'est pas rémunéré. Il n'acquiert pas de droits à la retraite, sous réserve des dispositions de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite.</p> <p>À l'issue du congé de présence parentale ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit, au besoin en surnombre, dans son établissement d'origine.</p> <p>Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article.</p>			
<p><b>Code du travail</b></p> <p>Art. L. 1225-28. – En cas de décès de la mère au cours du congé de maternité, le père peut suspendre son contrat de travail pendant une période de dix semaines au plus à compter du jour de la naissance de l'enfant.</p> <p>L'intéressé avertit son employeur du motif de son absence et de la date à laquelle il entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail. Le père bénéficie alors de la protection contre le licenciement prévue aux articles L. 1225-4 et L. 1225-5.</p> <p>La suspension du con-</p>	<p>VI. – L'article L. 1225-28 du code du travail est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :</p> <p>« En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation définie au premier alinéa de l'article L. 331-6 du code de la sécurité sociale, le père peut suspendre son contrat de travail pendant une période au plus égale à la durée d'indemnisation restant à courir, définie au même premier alinéa, le cas échéant reportée en application du deuxième alinéa du même article. » ;</p> <p>2° Le troisième alinéa</p>	<p>VI. – Non modifié</p>	

Texte en vigueur —	Texte du projet de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Propositions de la commission —
<p>trat de travail peut être portée à dix-huit ou vingt-deux semaines dans les cas prévus à l'article L. 331-6 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>est supprimé ;</p>		
<p>Lorsque le père de l'enfant n'exerce pas son droit, le bénéfice de celui-ci est accordé au conjoint salarié de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.</p>	<p>3° Au dernier alinéa, après le mot : « personne », il est inséré le mot : « salariée ».</p>		
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>	<p><b>Article 32</b></p>	<p><b>Article 32</b></p>	<p><b>Article 32</b></p>
<p>Art. L. 381-30-1. – Les détenus affiliés en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 bénéficient pour eux-mêmes et, sous réserve de l'article L. 161-25-2, pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité.</p>	<p>VII. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux périodes de congés ou de cessation d'activité en cours au 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p>	<p>VII. – Le présent article est applicable aux ...  ... 2015.</p>	
<p>Ils sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par les assurances maladie et maternité du régime général, et les différentes participations mentionnées à l'article L. 322-2 sont prises en charge par l'État selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5.</p>	<p>I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « et les différentes participations mentionnées à l'article L. 322-2 sont prises en charge » sont remplacés par les mots : « et pour la participation mentionnée au I de l'article L. 322-2 ainsi que le forfait journalier institué par l'article L. 174-4 qui sont pris en charge ».</p>	<p>I. – Au ...  ... ainsi que pour le forfait journalier prévu à l'article ... ... charge ».</p>	<p>(Sans modification)</p>
<p>Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1.</p>			
<p>Par dérogation au premier alinéa, les détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour eux-mêmes des prestations en nature des assurances maladie et maternité.</p>			
<p>Les dispositions de l'article L. 161-13 ne sont pas applicables aux détenus de nationalité étrangère et à leurs ayants droit qui ne satisfont pas aux conditions prévues par les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2.</p>			
	<p>II. – L'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>II. – Alinéa sans modification</p>	
	<p>1° Au début du I, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>1° Non modifié</p>	
	<p>« Les caisses d'assurance maladie assurent le paiement, d'une part, de l'intégralité des frais de soins dispensés aux personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30, pour la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie ainsi que pour la part correspondant à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 322-2, dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations, et, d'autre part, du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4. » ;</p>		
<p>Art. L. 381-30-5. – I. – La part des dépenses prises en charge par les régimes</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-16 lorsque ces soins sont dispensés par un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées mentionné à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. Lorsqu'ils sont dispensés aux personnes détenues soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du 12° de l'article L. 6112-1 du même code, ces soins sont financés selon les modalités de droit commun.</p>			
<p>II. – L'État assure la prise en charge de la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2 due par les personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 380-30-1 ainsi que du forfait journalier institué par l'article L. 174-4.</p>	<p>2° Au premier alinéa du II, les mots : « aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2 due » sont remplacés par les mots : « à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 322-2 due » ;</p> <p>3° Dans le même alinéa, après la référence à l'article L. 174-4, il est inséré le membre de phrase suivant : « et rembourse les montants correspondants à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au titre des paiements effectués par les caisses d'assurance maladie en application des dispositions du premier alinéa du I » ;</p>	<p>2° Le premier alinéa du II est ainsi modifié :</p> <p>a) Les mots : « aux différentes participations de l'assuré mentionnées à » sont remplacés par les mots : « à la participation de l'assuré mentionnée au I de » ;</p> <p>b) Sont ajoutés les mots : « et rembourse la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au titre des paiements effectués par les caisses d'assurance maladie en application du premier alinéa du I du présent article » ;</p>	
<p>Pour les soins dispensés dans les établissements de santé, il verse les montants</p>	<p>4° Les deuxième et troisième alinéas du II sont supprimés.</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>correspondants aux établissements concernés.</p> <p>Dans les autres cas, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affiliée la personne détenue assure le paiement de l'intégralité des frais de soins auprès des professionnels de santé dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations. L'État rembourse à la caisse la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.</p>	<p>III. – Les dispositions du I et du 2° du II du présent article entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Les dispositions des 1°, 3° et 4° du II entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p> <p>CHAPITRE II <b>Promotion de la prévention</b></p> <p><b>Article 33</b></p>	<p>III. – Le I et le a du 2° du II du présent article entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Les 1°, b du 2° et 3° du II entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p> <p>CHAPITRE II <b>Promotion de la prévention</b></p> <p><b>Article 33</b></p>	<p>CHAPITRE II <b>Promotion de la prévention</b></p> <p><b>Article 33</b></p>
<p><b>Code de la santé publique</b></p> <p>Art. L. 3121-1. – La lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine et contre les infections sexuellement transmissibles relève de l'État.</p> <p>Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines</p>	<p>I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Le second alinéa de l'article L. 3121-1 est supprimé ;</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° A (<i>nouveau</i>) Au sixième alinéa de l'article L. 1432-2, les références : « , L. 3112-2 et L. 3121-1 » sont remplacées par la référence : « et L. 3112-2 » ;</p> <p>1° Non modifié</p>	<p>I. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>dans le cadre d'une convention conclue avec l'État. Cette convention précise les objectifs poursuivis les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'État, les données dont la transmission à l'État est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine.</p>			
<p>Art. L. 3121-2. – Dans chaque département, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés. Le directeur général de l'agence informe le représentant de l'État dans le département de cette désignation.</p>	<p>2° L'article L. 3121-2 est ainsi rédigé :</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	
<p>Ces consultations peuvent également être habilitées par le directeur général de l'agence régionale de santé à participer dans les mêmes conditions à la lutte contre d'autres maladies transmissibles, et notamment les hépatites virales.</p>	<p>« Art. L. 3121-2. – I. – Dans chacun des territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-16, le directeur général de l'agence régionale de santé habilite au moins un centre d'information, de dépistage et de diagnostic <u>gratuit</u> qui assure :</p>	<p>« Art. L. 3121-2. – I. – Dans ...</p>	
	<p>« 1° La prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;</p>	<p>... au moins un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic qui assure, dans ses locaux ou hors les murs, notamment auprès des populations les plus concernées :</p>	
	<p>« 2° La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;</p>	<p>« 1° Non modifié</p>	
	<p>« 3° La prévention des autres risques liés à la sexualité, notamment par la prescription d'une contraception.</p>	<p>« 2° Non modifié</p>	
		<p>« 3° La ...</p>	
		<p>... sexualité dans une approche globale de santé sexuelle , notamment ... ... contraception.</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>	<p>« II. – Le centre assure une prise en charge anonyme ou non, selon le choix exprimé par l'utilisateur au moment de son accueil. En cas de nécessité thérapeutique ou à la demande de l'utilisateur, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat initialement choisi par l'utilisateur, avec le consentement exprès, libre et éclairé de ce dernier.</p>	<p>« Le centre peut mener ces activités, dans ou hors les murs, en coordination avec les autres organismes, notamment les associations, oeuvrant sur le territoire de santé avec lesquels il conclut des conventions de partenariat.</p>	<p>« II. – Non modifié</p>
<p>Les dépenses afférentes aux missions énoncées dans le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements</p>	<p>« Les activités de vaccination et de prescription de contraception exercées par le centre ne font pas l'objet d'une prise en charge anonyme.</p>	<p>« III. – Non modifié</p>	<p>« IV. – Non modifié</p>
<p>Les dépenses afférentes aux missions énoncées dans le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements</p>	<p>« III. – La gestion d'un centre peut être confiée à une collectivité territoriale, dans le cadre d'une convention conclue avec le directeur général de l'agence régionale de santé.</p>	<p>« IV. – Non modifié</p>	<p>« IV. – Non modifié</p>
<p>Les dépenses afférentes aux missions énoncées dans le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements</p>	<p>« IV. – Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au I du présent article sont prises en charge par le fonds d'intervention régional sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de</p>	<p>« IV. – Non modifié</p>	<p>« IV. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.	base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.		
Un décret fixe les modalités d'application du présent article.	« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. » ;	Alinéa sans modification	
Art. L. 3121-2-1. – Les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles sont gratuites et anonymes lorsqu'elles sont exercées par des établissements ou organismes habilités dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article L. 3121-1.	3° L'article L. 3121-2-1 est abrogé.	3° Non modifié	
En cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de la personne intéressée dans des conditions définies par arrêté. La levée de l'anonymat respecte les conditions établies par un référentiel publié par arrêté du ministre chargé de la santé.			
<b>Code de la sécurité sociale</b>	II. – L'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :	II. – Alinéa sans modification	II. – Non modifié
Art. L. 174-16. – I. – Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 sont prises en charge dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14.	« Art. L. 174-16. – Les dépenses des centres d'information, de dépistage et de diagnostic <u>gratuit</u> prévus à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique s'imputent sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du même code et sont financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.	« Art. L. 174-16. – Les dépenses des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic prévus ...  ... annuelle.	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>II. – Les dépenses des consultations de dépistage prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et effectuées dans des structures autres que celles mentionnées au I sont prises en charge par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.</p>	<p>« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>III. – Non modifié</p>
<p>Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret.</p>	<p>III. – Les établissements de santé et les organismes qui sont actuellement désignés comme consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou habilités en tant que centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles ou qui relèvent d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article L. 3121-1 du code de la santé publique peuvent demander, jusqu'au 30 avril 2015, leur habilitation en tant que centre d'information, de dépistage et de diagnostic <u>gratuit</u> en application de l'article L. 3121-2 du code de la santé publique.</p>	<p>III. – Les ... ... qui sont, à la date de la promulgation de la présente loi, désignés ...</p>	
<p>L'agence régionale de santé dispose d'un délai de quatre mois pour statuer sur la demande d'habilitation. L'absence de réponse dans ce délai vaut rejet implicite de la demande. L'habilitation à fonctionner en tant que centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p>	<p>L'agence régionale de santé dispose d'un délai de quatre mois pour statuer sur la demande d'habilitation. L'absence de réponse dans ce délai vaut rejet implicite de la demande. L'habilitation à fonctionner en tant que centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p>	<p>L'agence ...  ... en tant que centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p>	
	<p>Jusqu'au 31 décembre</p>	<p>Jusqu'au ...</p>	

**Texte en vigueur**

—

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la  
commission**

—

2015, les établissements et organismes mentionnés au premier alinéa du présent III, qu'ils aient ou non obtenu l'habilitation mentionnée au deuxième alinéa, poursuivent leurs activités sous couvert des désignations, habilitations et conventions délivrées en application des dispositions législatives et réglementaires applicables avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

À titre dérogatoire, une habilitation provisoire de deux ans peut être délivrée aux établissements et organismes qui ne sont pas en mesure, au jour de l'habilitation d'effectuer l'ensemble des activités de centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit, à la condition qu'ils s'engagent à mettre en œuvre les conditions nécessaires à l'exercice de l'ensemble des activités dans ce délai de deux ans. À l'expiration du délai, l'habilitation prend fin et ne peut être renouvelée au centre qui n'exerce pas l'intégralité des activités mentionnées à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique.

IV. – Pour l'année 2015, les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles exercées par des établissements ou organismes habilités en application de l'article L. 3121-2-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction en vigueur avant la présente loi, sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues au I de l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale.

... avant la date de publication de la présente loi.

À titre ...

... au jour de la prise d'effet de l'habilitation, d'effectuer ...

... centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic, à la condition ...

... n'exerce pas l'ensemble des

... publique.

IV. – Pour ...

... transmissibles mentionnées à l'article ...

... I et II de l'article ...  
... sociale.

IV. – Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p><b>Code de la santé publique</b></p> <p>Art. L. 3821-10. – Les dispositions du titre II du livre Ier de la présente partie sont applicables dans le territoire des îles Wallis et Futuna.</p> <p>Pour l'application de l'article L. 3121-2 dans le territoire des îles Wallis et Futuna, les mots : " Dans chaque département, le représentant de l'Etat " sont remplacés par les mots : " L'administrateur supérieur du territoire des îles Wallis et Futuna ".</p> <p>Le troisième alinéa de l'article L. 3121-2 ne s'applique pas dans le territoire des îles Wallis et Futuna.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>V. – Les III et IV du présent article entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Les I et II du présent article entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>V. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>V. – Non modifié</p>
		<p><b>Article 33 bis (nouveau)</b></p>	<p><b>Article 33 bis</b></p>
		<p>Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> octobre 2015, un rapport sur l'évaluation du dispositif mis en place dans le cadre des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale permettant l'accès à la délivrance de contraception aux mineures d'au moins quinze ans de manière anonyme et gratuite.</p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Code de la santé publique</b></p> <p>Troisième partie Lutte contre les maladies et dépendances Livre I<sup>er</sup> Lutte contre les maladies transmissibles Titre I<sup>er</sup> Lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles Chapitre I<sup>er</sup> Vaccinations</p> <p>Art. L. 3111-11. – Les vaccinations réalisées par les établissements et organismes habilités dans des conditions définies par décret sont gratuites.</p> <p>Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en matière de vaccination dans le cadre d'une convention conclue avec l'État. Cette convention précise les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'État, les données dont la transmission à l'État est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine. Les vaccinations réalisées en application de cette convention sont gratuites.</p>	<p><b>Article 34</b></p> <p>I. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 3111-11 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Les dépenses afférentes aux vaccins sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, dans les conditions prévues au titre V du livre II du code de l'action sociale et des</p>	<p><b>Article 34</b></p> <p>(<i>Sans modification</i>)</p>	<p><b>Article 34</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>« Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 3112-3. – La vaccination, le suivi médical et la délivrance des médicaments sont gratuits lorsque ces actes sont réalisés par un établissement ou organisme habilité dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application des articles L. 3111-11 ou L. 3112-2.</p>	<p>familles et selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.</p>		<p>« Alinéa sans modification</p>
<p>Les dépenses afférentes au suivi médical et à la délivrance des médicaments sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, dans les conditions fixées par l'article L. 111-2 et le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>« La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du même code. » ;</p>		<p>« L'État procède à l'acquisition des vaccins administrés dans les conditions prévues par le présent article. » ;</p>
	<p>2° L'article L. 3112-3 est ainsi modifié :</p>		<p>2° Non modifié</p>
	<p>a) Au second alinéa, après les mots : « au suivi médical », sont insérés les mots : « , au vaccin » ;</p>		
	<p>b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p>		
	<p>« La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale. ».</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>Première partie Protection générale de la santé Livre I<sup>er</sup> Protection des personnes en santé Titre I<sup>er</sup> Droits des personnes malades et des usagers du système de santé Chapitre IV Participation des usagers au fonctionnement du système de santé</p>	<p>II. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p> <p><b>Article 35</b></p> <p>I. – Le chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1114-5 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 1114-5. – Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu à l'article L. 1114-1<sub>1</sub> et des organismes concourant à la promotion des droits des usagers du système de santé peuvent bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>—</p> <p><b>Article 35</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 1114-5. – Les ...</p> <p>... L. 1114-1 au niveau national, qui regroupent notamment des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu au même article au niveau national, peuvent principalement bénéficier ... salariés.</p> <p>« Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu audit article au niveau national et l'École des hautes études en santé publique mentionnée à l'article 86 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique peuvent également bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>II. – Non modifié</p> <p><b>Article 35</b></p> <p>I. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>	<p>« Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixent chaque année, par arrêté, la liste des associations et organismes bénéficiaires et les montants qui leur sont alloués au titre du présent article. »</p>	<p>« Les ... ... la liste des bénéficiaires et les montants qui leur sont alloués au titre du présent article. »</p>	<p>II. – Après ... ... un 11° ainsi rédigé :</p>
<p>Art. L. 221-1. – La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle :</p>	<p>II. – Après le 9° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 10° ainsi rédigé :</p>	<p>II. – Non modifié</p>	<p>II. – Après ... ... un 11° ainsi rédigé :</p>
<p>1°) d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ;</p> <p>.....</p>			
<p>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.</p>			
<p>La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de</p>	<p>« 10° De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique. »</p>		<p>« 11° De ... ... publique. »</p>

Texte en vigueur —	Texte du projet de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Propositions de la commission —
<p>contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie.</p>	<p style="text-align: center;"><b>CHAPITRE III</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Renforcement de la qualité et la proximité du système de soins</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Article 36</b></p> <p>I. – Le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p style="padding-left: 40px;">1° La sous-section 3 de la section 5 est complétée par un article L. 162-22-20 ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 80px;">« Art. L. 162-22-20. – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés <u>sous la forme d'un score calculé</u> chaque année par établissement.</p> <p style="padding-left: 80px;">« Un décret en Conseil d'État précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul du score sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la</p>	<p style="text-align: center;"><b>CHAPITRE III</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Renforcement de la qualité et la proximité du système de soins</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Article 36</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">1° Non modifié</p>	<p style="text-align: center;"><b>CHAPITRE III</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Renforcement de la qualité et la proximité du système de soins</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Article 36</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">1° Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 80px;">« Art. L. 162-22-20. – Les ...</p> <p style="padding-left: 80px;">... mesurés chaque année par établissement.</p> <p style="padding-left: 80px;">« Un ...</p> <p>... complémentaire. Ces critères sont élaborés sur la base de référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins établis par la Haute Autorité de santé. La liste ... ... calcul par établissement</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	<p>sécurité sociale. » ;</p> <p>2° La sous-section 4 de la même section 5 est complétée par un article L. 162-30-3 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-30-3. – I. – Les établissements de santé mentionnés au 1° de l'article L. 162-22 pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'agence régionale de santé un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.</p> <p>« La conformité aux référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins est appréciée, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, au moyens d'indicateurs dont les valeurs limites sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>« Le contrat d'amélioration des pratiques comporte des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un plan d'actions pour les atteindre et des indicateurs de suivi. Il porte sur les activités de l'établissement, ainsi que sur la coordination avec les autres professionnels et structures assurant la prise en charge des patients de l'établissement, susceptibles de présenter des risques pour la qualité de la prise en charge.</p> <p>« Le contrat d'amélioration des pratiques est annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-30-3. – I. – Les établissements de santé qui exercent les activités mentionnées au ...</p> <p>... santé.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Alinéa sans modification</p> <p>« Alinéa sans modification</p>	<p>sont ...</p> <p>... sociale. » ;</p> <p>2° Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-30-3. – I. – Alinéa sans modification</p> <p>« La conformité ...</p> <p>... soins établis par la Haute Autorité de santé est ...</p> <p>... sociale.</p> <p>« Alinéa sans modification</p> <p>« Alinéa sans modification</p>

**Texte en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la  
commission**

moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique. Il est conforme à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« II. – Chaque année, en cas d'écart par rapport aux engagements contractuels, l'établissement est mis en mesure de présenter ses observations. En cas de manquement de l'établissement à ses obligations, l'agence régionale de santé peut prononcer à son encontre une pénalité versée à l'organisme local d'assurance maladie et correspondant à une fraction du montant des produits versés par l'assurance maladie, proportionnée à l'ampleur et à la gravité des manquements constatés et dans la limite de 1 % de ces produits.

« En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer au contrat, l'agence régionale de santé peut prononcer, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits reçus par l'établissement de santé des régimes obligatoires d'assurance maladie, au titre du dernier exercice clos.

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, notamment la procédure applicable, la nature des risques faisant l'objet du contrat et mentionnés au troisième alinéa, la durée maximale du contrat et les modalités de calcul des pénalités mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas. »

« II. – Alinéa sans modification

« En cas ...  
... santé de  
signer un contrat ...

... santé de la part des  
régimes ...

... clos.

« III (*nouveau*). – Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, notamment la procédure applicable, la nature des risques faisant l'objet du contrat d'amélioration des pratiques et mentionnés au troisième alinéa du I, la durée maximale du contrat et les modalités de calcul des

« II. – Non modifié

« III. – Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Code de la santé publique</b></p> <p>Sixième partie Établissements et services de santé Livre I<sup>er</sup> Établissements de santé Titre I<sup>er</sup> Organisation des activités des établissements de santé Chapitre I<sup>er</sup> Missions des établissements de santé</p>	<p>II. – Les dispositions du 1<sup>o</sup> du I entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Jusqu'au 31 décembre 2015, seuls les établissements de santé volontaires, dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont éligibles à un financement complémentaire portant sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par le biais de la dotation définie à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 37</b></p> <p>I. – Après l'article L. 6111-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6111-3-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 6111-3-1. – I. – Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en</p>	<p>pénalités mentionnées au II. »</p> <p>II. – L'article L. 162-22-20 du code de la sécurité sociale entre en vigueur ...</p> <p>... sociale.</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 37</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 6111-3-1. – I. – Les ...</p>	<p>II. – Non modifié</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 37</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	cas de nécessité, leur orientation vers des structures dispensant des soins de second recours.	... nécessité, l'orientation des patients vers ... ... recours.	
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p>Livre I<sup>er</sup> Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales Chapitre II Dispositions générales relatives aux soins Section 5 Établissements de santé Sous-section 3 Frais d'hospitalisation remboursés sur la base de tarifs nationaux</p>	<p>« II. – Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique.</p> <p>« Le volume de leur activité de médecine n'excède pas un seuil défini dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.</p> <p>« III. – Pour chaque région, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé, la liste des hôpitaux de proximité au regard des besoins de la population et de l'offre de soins dans la région.</p> <p>« IV. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de révision de la liste mentionnée au III. »</p>	<p>« II. – Non modifié</p> <p>« III. – Non modifié</p> <p>« IV. – Non modifié</p> <p>II. – Non modifié</p>	

**Texte en vigueur**

—

**Texte du projet de loi**

—

« Art. L. 162-22-8-2. – Par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, les activités de médecine, exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du présent code et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

III. – Pour l'année 2015, et par dérogation à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale, la part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine exercées par les établissements de santé relevant, avant l'entrée en vigueur de loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, des règles applicables aux hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la même loi, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale et comprise dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du même code. Le montant de cette dotation est modulé en fonction de l'activité de l'établissement, mesurée par les données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

—

III. – Pour ...

... avant la publication de la loi ...

... antérieure à la publication de la même ...

... l'activité de médecine de l'établissement ...

... publique.

**Propositions de la commission**

—

**Texte en vigueur**

—

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

—

**Article 37 bis (nouveau)**

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique de dispositifs améliorant le parcours du patient et optimisant les prises en charge hospitalières sur la base d'un appel à projets national.

À cet effet, l'État peut autoriser, par dérogation à l'article L. 6111-1 du même code, les établissements de santé à proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation.

L'établissement de santé peut déléguer la prestation à un tiers par voie de convention.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les conditions d'accès et les critères d'éligibilité des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les caractéristiques de l'appel à projets national, les conditions de choix et de conventionnement des tiers pour la réalisation de la prestation d'hébergement, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

Le contenu de chaque projet est défini par un cahier

**Propositions de la  
commission**

—

**Article 37 bis**

*(Sans modification)*

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
Code de la santé publique	<p align="center"><b>Article 38</b></p> <p>I. – Après l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-4-3 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 1435-4-3. – I. – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire sur la base duquel il perçoit une rémunération forfaitaire lorsqu'il interrompt son activité médicale pour cause de maternité ou de paternité sans bénéficier de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du même code.</p> <p>« Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage pendant une durée fixée par le contrat, qui ne peut être inférieure à trente-six mois</p>	<p>des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national et après avis des agences régionales de santé concernées.</p> <p>III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.</p> <p align="center"><b>Article 38</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 1435 4 3. – I. – Les ...</p> <p>... ambulatoire en application duquel ...</p> <p>... code.</p> <p align="center">Alinéa sans modification</p>	<p align="center"><b>Article 38</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur

—

Texte du projet de loi

—

Texte adopté par  
l'Assemblée nationale

—

Propositions de la  
commission

—

et supérieure à soixante-douze mois :

« 1° À respecter les tarifs opposables ou, lorsqu'il est autorisé à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à limiter ses dépassements d'honoraires ;

« 2° À exercer une activité médicale libérale dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée, pour la spécialité qu'il exerce, par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

« 3° À se faire remplacer pendant toute la période de cessation de son activité en cas d'interruption pour cause de maternité ou de paternité ;

« 4° À ne pas être lié par un contrat de praticien territorial de médecine générale mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code.

« II. – Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins.

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

« 3° Non modifié

« 4° Non modifié

« II. – Le contrat ...

... d'exercice, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé et des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins et la permanence des soins.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Première partie Protection générale de la santé Livre IV Administration générale de la santé Titre III Agences régionales de santé Chapitre V Modalités et moyens d'intervention des agences régionales de santé Section 2 Contractualisation avec les offreurs de services de santé</p>	<p>« III. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article et notamment les règles limitant les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels. »</p> <p>II. – Un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire ne peut être conclu que par un médecin dont l'installation en cabinet libéral dans une zone mentionnée au 2° du I de l'article L. 1435-4-3 du code de la santé publique est postérieure au 31 décembre 2014.</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 39</b></p> <p>Après l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-4-4 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 1435-4-4. – I. – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et spécialisé en médecine générale, un contrat sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de médecin généraliste. La durée du contrat, qui est fixée par ce</p>	<p>« III. – Non modifié</p> <p>II. – Non modifié</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 39</b></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 1435 4 4. – I. – Les ...</p> <p>... contrat en application duquel ...</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 39</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	dernier, ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois.	... soixante douze mois.	—
	« Le médecin bénéficiaire de cette rémunération s'il satisfait à l'ensemble des conditions suivantes :	Alinéa sans modification	
	« 1° Exercer dans un territoire isolé ;	« 1° Non modifié	
	« 2° Avoir une activité marquée par une forte saisonnalité ;	« 2° Non modifié	
	« 3° Avoir un revenu tiré de son activité régie par les mêmes articles L. 162-5 et L. 162-14-1 inférieur à un seuil fixé par rapport au revenu moyen pour la même spécialité ;	« 3° Non modifié	
	« 4° Respecter les tarifs opposables ;	« 4° Non modifié	
	« 5° Ne bénéficier ni du dispositif mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code ni des mesures prévues au 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.	« 5° Ne pas bénéficier du dispositif mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code.	
	« II. – Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur des actions de prévention, des actions destinées à favoriser l'accès aux soins, la continuité de la coordination des soins ou la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins et de formation en faveur d'étudiants ou d'internes en médecine comme de professionnels non médicaux.	« II. – Non modifié	
	« III. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du	« III. – Un ...	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Première partie Protection générale de la santé Livre IV Administration générale de la santé Titre III Agences régionales de santé Chapitre II Organisation et fonctionnement des agences régionales de santé</p> <p>Art. L. 1432-3. – I. – Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est composé :</p> <p>1° De représentants de l'État ;</p> <p>2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel au sens de</p>	<p>présent article, notamment les critères caractérisant le territoire isolé, liés à sa situation géographique et à la densité de population des zones dans lesquelles exercent les médecins qui y sont installés, ainsi que le seuil de revenu mentionné au 3° du I. »</p> <p><b>Article 40</b></p> <p>I. – Le chapitre II du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :</p>	<p>... installés, les modalités de cumul avec les mesures prévues au 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, ainsi que ... du I du présent article. »</p> <p><b>Article 40</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p>	<p><b>Article 40</b></p> <p>I. – Non modifié</p>

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>l'article L. 2122-9 du code du travail ;</p> <p>3° De représentants des collectivités territoriales ;</p> <p>4° De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins d'une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence.</p> <p>Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.</p> <p>Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.</p> <p>Le conseil de surveillance est présidé par le représentant de l'État dans la région.</p> <p>Le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, sur proposition du directeur général ; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.</p> <p>Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.</p> <p>Il approuve le compte financier.</p> <p>Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier</p>	<p>1° Au neuvième alinéa du I de l'article L. 1432-3, les mots : « le budget » sont remplacés par les mots : « le budget et le budget annexe » et les mots : « le rejeter » sont remplacés par les mots : « les rejeter » ;</p>	<p>1° Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'État, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé concernée.</p>			
<p>Il lui transmet également un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé placés sous administration provisoire.</p>			
<p>II. – Nul ne peut être membre du conseil de surveillance :</p>			
<p>.....</p>	<p>2° L'article L. 1432-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 1432-5. – Le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.</p>	<p>« Un budget annexe régi par les mêmes dispositions est établi pour la gestion des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 qui sont délégués à l'agence. » ;</p>	<p>« Un budget annexe, soumis aux règles prévues au premier alinéa du présent article, est ...  ... l'agence. » ;</p>	
<p>Art. L. 1432-6. – Les ressources de l'agence sont constituées par :</p>			
<p>1° Une subvention de l'État ;</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;</p>			
<p>3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées ;</p>			
<p>4° Des ressources propres, dons et legs ;</p>			
<p>5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.</p>	<p>3° Après le 5° de l'article L. 1432-6, il est inséré un 6° ainsi rédigé :</p>	<p>3° Non modifié</p>	
	<p>« 6° Des crédits délégués par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8. »</p>		
<p>Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.</p>			
<p>Première partie Protection générale de la santé Livre IV Administration générale de la santé Titre III Agences régionales de santé Chapitre V Modalités et moyens d'intervention des agences régionales de santé Section 5 Fonds d'intervention régional</p>	<p>II. – La section 5 du chapitre V du même titre III est ainsi modifiée :</p>	<p>II. – Alinéa sans modification</p>	<p>II. – Alinéa sans modification</p>
	<p>1° Les neuf premiers alinéas de l'article L. 1435-8 sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>1° Non modifié</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 1435-8. – Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :</p>	<p>« Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :</p>		<p>« Alinéa sans modification</p>
<p>1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 ;</p>	<p>« 1° À la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes et des pertes d'autonomie ;</p>		<p>« 1° À ... ... traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;</p>
<p>2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;</p>	<p>« 2° À l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;</p>		<p>« 2° Non modifié</p>
<p>3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;</p>	<p>« 3° À la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;</p>		<p>« 3° Non modifié</p>
<p>4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1 et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des</p>	<p>« 4° À l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;</p>		<p>« 4° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;</p>	<p>« 5° Au développement de la démocratie sanitaire. » ;</p>		<p>« 5° Non modifié</p>
<p>5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;</p>			
<p>6° La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;</p>			
<p>7° La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets ;</p>			
<p>8° La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes.</p>			
<p>Les financements alloués aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux au titre du fonds d'intervention régional ainsi que les engagements pris en contrepartie sont inscrits et font l'objet d'une évaluation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés, respectivement, à l'article L. 6114-2 du présent code et à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.</p>			
<p>Art. L. 1435-9. – Les ressources du fonds sont constituées par :</p>			
<p>1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il peut être révisé en cours d'année pour tenir compte des transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;</p>			
<p>2° Une dotation de l'État ;</p>			
<p>3° Le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;</p>			
<p>4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.</p>			
<p>Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :</p>			
<p>a) Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ;</p>	<p>2° Au septième alinéa de l'article L. 1435-9, après les mots : « des maladies », sont insérés les mots : « , des traumatismes » et au huitième alinéa du même article, les mots : « des handicaps et de la perte » sont remplacés par les mots : « des pertes d'autonomie » ;</p>	<p>2° L'article L. 1435-9 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au a, après le mot : « maladies », sont insérés les mots : « , des traumatismes » ;</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p> <p>a) Non modifié</p>
<p>b) Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.</p>		<p>b) Au b, les mots : « des handicaps et de la perte » sont remplacés par les mots : « des pertes » ;</p>	<p>b) <i>Supprimé</i></p>
<p>Art. L. 1435-10. – Les orientations nationales du</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé.</p> <p>La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.</p> <p>La gestion comptable et financière du fonds est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle peut déléguer une partie de ses crédits aux agences régionales de santé.</p>	<p>3° Les trois derniers alinéas de l'article L. 1435-10 sont ainsi rédigés :</p> <p>« Les crédits du fonds, délégués aux agences régionales de santé, sont gérés dans le cadre des budgets annexes prévus à l'article L. 1432-5. Le paiement des dépenses des budgets annexes des agences régionales de santé peut être confié, par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, à un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire de l'assurance maladie lorsque les sommes sont directement versées aux professionnels de santé.</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p> <p>« Les ...</p> <p>... cadre du budget annexe mentionné à l'article ...</p> <p>... santé.</p>	<p>3° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par le fonds sont prescrites à son profit au 31 décembre du quatrième exercice suivant dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>« Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant, dans la limite d'un plafond. Les crédits non consommés qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant en raison de ce plafonnement peuvent être reversés à l'État, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans des conditions et limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>En vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.</p>	<p>« En vue d'assurer un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, le ministre chargé de la santé est informé de l'exécution des budgets annexes dans des conditions fixées par décret. Un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale. »	—	—
	III. – Les I et 2° du II du présent article entrent en vigueur le 1 <sup>er</sup> janvier 2016.	III. – Non modifié	III. – Les I et 2° et 3° du II ... ... 2016.
<b>Code de la sécurité sociale</b>	<b>Article 41</b>	<b>Article 41</b>	<b>Article 41</b>
<p>Livre I<sup>er</sup> Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</p>	Le titre VI du livre I <sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	Alinéa sans modification	<i>(Sans modification)</i>
<p>Art. L. 161-37. – La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :</p>	1° Le 1° de l'article L. 161-37 est ainsi modifié :	1° Alinéa sans modification	
<p>1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des</p>	a) Après les mots : « les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation », sont insérés	a) À l'avant-dernière phrase, après les mots : « l'évaluation », ...	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'État précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;</p> <p>.....</p>	<p>les mots : « des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8, » ;</p> <p>b) À la dernière phrase, après les mots : « en raison notamment », sont insérés les mots : « de l'amélioration du service attendu de l'acte, » ;</p>	<p>... L. 162-1-8 et » ;</p> <p>b) Non modifié</p>	
<p>Art. L. 162-1-7-1. – Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les biologiste-responsable et biologistes coresponsables mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7.</p>	<p>2° L'article L. 162-1-7-1 est ainsi modifié :</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	
<p>En l'absence de décision d'inscription des actes innovants dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique dans un délai maximal qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du présent code,</p>	<p>a) Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« L'Union nationale des caisses de l'assurance maladie fait connaître aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai maximal qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'union de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7, les motifs de l'absence de décision d'inscription :</p>	<p>a) Le ... ... par six alinéas ainsi rédigés :</p> <p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« 1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste prévue au même article L. 162-1-7 est</p>	<p>« 1° Non modifié</p>	

Texte en vigueur —	Texte du projet de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Propositions de la commission —
<p>l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en précise les motifs aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p>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 ;</p>		
	<p>« 2° Des actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;</p>	<p>« 2° Non modifié</p>	
	<p>« 3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé, ou étant susceptible d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie.</p>	<p>« 3° Non modifié</p>	
	<p>« L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° du présent article fait l'objet d'une évaluation médico-économique réalisée par la Haute Autorité de santé. » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	
	<p>« Les actes mentionnés au 3° demeurent pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au</p>	<p>« Les ...</p> <p>... dans le délai ...</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'État. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.</p>	<p>maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. » ;</p> <p>c) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte » sont remplacés par les mots : « l'amélioration du service attendu de l'acte et les conditions de réalisation de l'évaluation médico-économique par la Haute Autorité de santé » ;</p>	<p>... jusqu'à la décision de ...</p> <p>... maladie. » ;</p> <p>c) Non modifié</p>	
	<p>3° L'article L. 162-1-8 est ainsi modifié :</p> <p>a) Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p> <p>a) Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 162-1-8. – En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, d'un acte innovant ne relevant pas de l'article L. 162-1-7-1 et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation</p>	<p>« En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article et de l'évaluation mentionnée au cinquième alinéa du présent article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte dont le service attendu est suffisant, lorsqu'il appartient à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1° à 3° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article.</p>	<p>« En ...</p> <p>... l'évaluation mentionnée au deuxième alinéa du ...</p> <p>.... article.</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
de cet acte.	« L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° dudit article est évalué par la Haute Autorité de santé. » ;	Alinéa sans modification	
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.	b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :	b) Alinéa sans modification	
	« Dans le cas prévu au 3°, l'acte reste pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. » ;	« Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 162-1-7-1, l'acte ...	délai
		... maximal de ...	
		... maladie. » ;	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'État. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.</p> <p>Art. L. 165-1-1. – Tout produit, prestation ou acte innovant peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale relevant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-9. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé. L'arrêté fixe le forfait de prise en charge par patient, le nombre de patients concernés, la durée de prise en charge, les conditions particulières d'utilisation, la liste des établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ce forfait, et détermine les études auxquelles la mise en œuvre du traitement innovant doit donner lieu, ainsi que les modalités d'allocation du forfait aux établissements de santé. Cet arrêté peut préciser leurs modalités d'identification dans les systèmes d'information hospitaliers. Le forfait inclut la prise en charge de l'acte et des frais d'hospitalisation associés et, le cas échéant, la prise en charge du produit ou de la prestation. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2, les praticiens exerçant à titre libéral sont</p>	<p>c) Au dernier alinéa, les mots : « de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte » sont remplacés par les mots : « des critères mentionnés aux 1° à 3° » ;</p> <p><u>4° La première phrase de l'article L. 165-1-1 est ainsi rédigée :</u></p> <p>« Tout produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ou acte innovant présentant un impact clinique ou médico-économique majeur peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale par l'assurance maladie conditionnée à la réalisation d'une étude comparative clinique et médico-économique. »</p>	<p>c) Au ...</p> <p>... à 3° du même article » ;</p> <p>4° L'article L. 165-1-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) La première phrase est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :</p> <p>« Tout produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ou acte innovant susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique. Cette prise en charge relève de l'assurance maladie. Le caractère innovant est notamment apprécié par son degré de nouveauté, son niveau de diffusion, de caractérisation des risques pour le patient et sa capacité potentielle à répondre significativement à un besoin médical pertinent ou à réduire significativement les dépenses de santé. » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé.</p>	<p>CHAPITRE IV <b>Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes</b></p>	<p>CHAPITRE IV <b>Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes</b></p>	<p>CHAPITRE IV <b>Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes</b></p>
<p>Livre I<sup>er</sup> Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre VI Dispositions relatives</p>	<p><b>Article 42</b>  Le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p><b>Article 42</b>  Alinéa sans modification</p>	<p><b>Article 42</b>  Alinéa sans modification</p>
		<p>b) (<i>nouveau</i>) La troisième phrase est ainsi modifiée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « , des centres de santé et maisons de santé » ;</li> <li>– à la fin, les mots : « aux établissements de santé » sont supprimés ;</li> </ul> <p>c) (<i>nouveau</i>) L'avant-dernière phrase est ainsi modifiée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– les mots : « et des frais d'hospitalisation associés » sont supprimés ;</li> <li>– après la seconde occurrence du mot : « charge », la fin de cette phrase est ainsi rédigée : « des frais d'hospitalisation, du produit de santé ou de la prestation associés. » ;</li> </ul> <p>d) (<i>nouveau</i>) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Les critères d'éligibilité et la procédure d'accès ainsi que les modalités de la prise en charge forfaitaire prévue au présent article sont fixés par décret en Conseil d'État. »</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales Chapitre II Dispositions générales relatives aux soins</p> <p>Art. L. 162-1-17. – Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code. Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations</p>	<p>1° L'article L. 162-1-17 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-1-17. – En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé.</p> <p>« La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :</p> <p>« 1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;</p> <p>« 2° Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-1-17. – En ... ... à l'article L. 162-30-4, le ... ... santé. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Non modifié</p>	<p>1° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret.</p>	<p>pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;</p> <p>« 3° Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;</p>	<p>« 3° Non modifié</p>	
<p>Concernant les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite ou de réadaptation, la mise sous accord préalable porte sur les établissements de santé prescripteurs en cas de constatation d'une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hospitalisation. Cette mise sous accord préalable s'effectue, dans le respect des référentiels établis par la Haute Autorité de santé, sur la base d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie, après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés.</p>	<p>« 4° Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.</p> <p>« Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de sa mise sous accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou prestations ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière, dans les conditions prévues au cinquième alinéa du II de l'article L. 162-30-3.</p>	<p>« 4° Non modifié</p> <p>« Dans ...</p> <p>... prévues à l'avant-dernier alinéa ...</p> <p>... L. 162-30-4.</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisées.</p>	<p>« Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités. » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>2° Après l'article L. 162-30-2, il est inséré un article L. 162-30-3 ainsi rédigé :</p>	<p>2° La sous-section 4 de la section 5 est complétée par un article L. 162-30-4 ainsi rédigé :</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>
	<p>« Art. L. 162-30-3. – I. – L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations retenues dans les programmes nationaux de gestion du risque mentionnés à l'article L. 182-2-1-1.</p>	<p>« Art. L. 162-30-4. – I. – Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 162-30-4. – I. – Alinéa sans modification</p>
	<p>« Ce plan d'actions précise également les critères retenus pour identifier les établissements de santé faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins prévu au II du présent article et ceux faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable définie à l'article L. 162-1-17. Ces critères tiennent compte notamment des référentiels établis par la Haute Autorité de santé et des</p>	<p>« Ce ...</p>	<p>« Des actions prioritaires doivent être définies par le plan d'actions pour chacun des domaines suivants : les soins de ville, les relations entre les soins de ville et les prises en charge hospitalières, les prises en charge hospitalières.</p>
			<p>« Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	<p>écarts constatés entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales observées pour une activité comparable.</p>	<p>... comparable. Ces critères tiennent compte de la situation des établissements au regard des moyennes régionales ou nationales de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ou au regard des moyennes de prescription de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation.</p>	—
	<p>« Le plan d'actions défini au présent I est intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque mentionné à l'article L. 1434-14 du code de la santé publique.</p>	<p>« Alinéa sans modification</p>	<p>« Alinéa sans modification</p>
	<p>« II. – Le directeur de l'agence régionale de santé conclut avec les établissements de santé identifiés dans le cadre du plan d'actions défini au I et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la pertinence des soins, d'une durée maximale de deux ans.</p>	<p>« II. – Non modifié</p>	<p>« II. – Non modifié</p>
	<p>« Ce contrat comporte des objectifs qualitatifs d'amélioration de la pertinence des soins.</p>		
	<p>« Le contrat comporte, en outre, des objectifs quantitatifs lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec</p>		

**Texte en vigueur**

—

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la  
commission**

—

l'organisme local d'assurance maladie, procède à l'une des constatations suivantes :

« 1° Soit un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;

« 2° Soit une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

« La réalisation des objectifs fixés au contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non réalisation de ces objectifs, le directeur de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, engager la procédure de mise sous accord préalable mentionnée à l'article L. 162-1-17 au titre du champ d'activité concerné par les manquements constatés ou prononcer une sanction pécuniaire, correspondant au versement à l'organisme local d'assurance maladie d'une fraction des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité concernée par ces manquements. Lorsque les manquements constatés portent sur des prescriptions, la pénalité correspond à une fraction du montant des dépenses imputables à ces prescriptions. Le montant de la pénalité est proportionné à l'ampleur des écarts constatés et ne peut dépasser 1 % des

**Texte en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la  
commission**

produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer à ce contrat, le directeur de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« III. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités selon lesquelles est évaluée l'atteinte des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins. »

« III. – Non modifié

« III. – Non modifié

**Article 42 bis (nouveau)**

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> juillet 2015, un rapport portant sur la diffusion des actions relatives à la pertinence des soins au sein des équipes médicales hospitalières. Il évalue notamment les moyens consacrés à la diffusion des bonnes pratiques, tant en termes de formation continue que de demi-journées rémunérées au titre d'activités d'intérêt général.

Ce rapport évalue également la faisabilité de l'extension aux actions de pertinence des soins, de

**Article 42 bis**

*(Sans modification)*

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 165-1. – Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 43</b></p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Après le premier alinéa de l'article L. 165-1, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa des produits répondant pour tout ou partie à des descriptions génériques particulières peut être subordonnée au dépôt auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par les fabricants, leurs mandataires ou distributeurs, d'une déclaration de conformité</p>	<p>l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle mentionnée à l'article L. 4135-1 du code de la santé publique.</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 43</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 43</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>aux spécifications techniques des descriptions génériques concernées. L'inscription de ces produits sur la liste prend la forme d'une description générique renforcée permettant leur identification individuelle. La déclaration de conformité est établie par un organisme compétent désigné à cet effet par l'agence précitée.</p> <p>« La liste des descriptions génériques renforcées mentionnées au deuxième alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon une procédure et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État, compte tenu de l'intérêt pour la santé publique que présentent les produits relevant de ces descriptions ou de leur incidence sur les dépenses de l'assurance maladie. » ;</p>		
<p>La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.</p>			
<p>Art. L. 165-2. – Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p>	<p>2° Au deuxième alinéa de l'article L. 165-2, après les mots : « par description générique », sont insérés les mots : « ou par description générique renforcée » ;</p>		
<p>Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p>			
<p>La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.</p>			
<p>Art. L. 165-3. – I. – Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>commercial, la convention est établie entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p>	<p>3° Au second alinéa du I de l'article L. 165-3, après les mots : « par description générique », sont insérés les mots : « ou par description générique renforcée ».</p>		
<p>Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p>			
<p>II. –</p> <p>.....</p>	<p>II. – Le présent article s'applique aux produits qui répondent aux descriptions génériques particulières prévues à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de son entrée en vigueur et qui font l'objet, à compter de cette date, d'une inscription sur la liste prévue au même article L. 165-1. Il s'applique également, à compter de la même date et dans des conditions prévues par le décret en Conseil d'État mentionné au troisième alinéa dudit article, aux produits qui</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Code de la santé publique</b></p> <p>Art. L. 5151-1. – On entend par :</p> <p>.....</p>	<p>répondent aux descriptions génériques particulières précitées et qui sont inscrits sur ladite liste.</p>	<p><b>Article 43 bis (nouveau)</b></p> <p>Le second alinéa du b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :</p>	<p><b>Article 43 bis</b></p> <p>Le b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :</p>
<p>b) Groupe générique, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont génériques. Toutefois, une spécialité remplissant les conditions pour être une spécialité de référence, qui présente la même composition qualitative en substance active, la même composition quantitative en substance active ou, à défaut, une fraction thérapeutique active identique dans les limites prévues à l'annexe I de la directive 2001/83/ CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, et la même forme pharmaceutique qu'une spécialité de référence d'un groupe générique déjà existant, et dont la bioéquivalence avec cette spécialité est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées, peut aussi figurer dans ce groupe générique, à condition que ces deux spécialités soient considérées comme relevant d'une même autorisation de mise sur le marché globale, définie par voie réglementaire et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. En l'absence de spécialité de référence, un groupe</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont les caractéristiques en termes de sécurité et d'efficacité sont équivalentes. Pour l'application du présent b, sont inscrites au répertoire des groupes génériques les spécialités qui se présentent sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée différente de celle de la spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la spécialité de référence appartiennent à la même catégorie de forme pharmaceutique à libération modifiée et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ;</p>			
<p>Pour l'application du présent b, sont inscrites, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, au répertoire des spécialités génériques les spécialités dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale qui présentent la même composition quantitative que ce principe actif et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la spécialité de référence ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ;</p>		<p>« Pour l'application du présent b, peuvent être inscrits au répertoire des spécialités génériques les médicaments à base de plantes définis au 16° du présent article, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article L. 5121-14-1, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance active végétale, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente. Les médicaments à base de plantes sont considérés comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active végétale :</p>	<p>« Alinéa sans modification</p>
<p>.....</p>		<p>« – est conforme à la description des monographies communautaires élaborées par l'Agence européenne des médicaments, définies par la directive 2001/83/CE du</p>	<p>« Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
Art. L. 5125-23-2. – Dans le cas où le prescripteur		Parlement et du Conseil, du 6 novembre 2001, instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ;  « – et n'est pas susceptible d'entraîner des différences significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables.  « Pour l'application du présent b, peuvent être inscrites au répertoire des spécialités génériques les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence. Les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales sont considérées comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active minérale répond aux spécifications des monographies de la pharmacopée lorsqu'elles existent et qu'elle n'est pas susceptible d'entraîner des différences significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables ; ».	« Alinéa sans modification
			« Alinéa sans modification
		<b>Article 43 ter (nouveau)</b>	<b>Article 43 ter</b>
		I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :	<b>Supprimé</b>
		1° À la première phrase de l'article	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>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.</p>		<p>L. 5125-23-2, après le mot : « biologique », sont insérés les mots : « ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif » ;</p> <p>2° Après l'article L. 5125-23-3, il est inséré un article L. 5125-23-4 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 5125-23-4. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif prescrit, un médicament administré par voie inhalée lorsque les conditions suivantes sont remplies :</p> <p>« 1° Le médicament administré par voie inhalée délivré appartient au même groupe générique, défini au b du 5° de l'article L. 5121-1 ;</p> <p>« 2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament administré par voie inhalée ;</p>	

**Texte en vigueur**

—

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la  
commission**

—

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

« 4° 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 administré par voie inhalée prescrit un médicament administré par voie inhalée du même groupe, il inscrit le nom de la spécialité qu'il a délivrée sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.

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

« Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de substitution du médicament administré par voie inhalée et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec la même spécialité, sont précisées par décret en Conseil d'État. »

II. – Au cinquième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, la référence : « ou de l'article L. 5125-23-3 » est remplacée par les références : « , de l'article L. 5125-23-3 ou de l'article L. 5125-23-4 ».

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
Code de la sécurité sociale	<b>Article 44</b>	<b>Article 44</b>	<b>Article 44</b>
	I. – L'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :	I. – Alinéa sans modification	<i>Alinéa supprimé</i>
	« Art. L. 162-22-7-2. – Les tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicable aux prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 répondant aux conditions définies au deuxième alinéa du présent article sont minorés d'un montant forfaitaire, lorsqu'au moins une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7 est facturée en sus de cette prestation. Ce montant forfaitaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	« Art. L. 162-22-7-2. – Alinéa sans modification	À titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut prévoir que les tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale applicable aux prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont minorés d'un montant forfaitaire lorsqu'au moins une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7 dudit code est facturée en sus de cette prestation.
	« La minoration forfaitaire s'applique aux prestations d'hospitalisation, pour lesquelles la fréquence de prescription de spécialités pharmaceutiques de la liste précitée est au moins égale à 25 % de l'activité afférente à ces prestations et lorsque ces spécialités pharmaceutiques représentent au moins 15 % des dépenses totales afférentes aux spécialités inscrites sur cette même liste.	« La ...  ... liste mentionnée au premier alinéa du I du même article L. 162-22-7 est au moins ...	Les conditions de l'expérimentation, et notamment la détermination des prestations d'hospitalisation concernées, sont fixées par décret.
	« La liste des prestations d'hospitalisation concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	Alinéa sans modification	<i>Alinéa supprimé</i>
	« Le montant de la minoration ne peut en aucun cas être facturé aux patients. »	Alinéa sans modification	<i>Alinéa supprimé</i>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 162-30-2. – Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6.</p>	<p>II. – Le présent article s'applique à compter du 1<sup>er</sup> mars 2015.</p>	<p>II. – Non modifié</p> <p><b>Article 44 bis (nouveau)</b></p> <p>L'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;</p> <p>2° Après le premier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :</p> <p>« II. – L'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel de prescription, par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><b>Article 44 bis</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle,</p>		<p>santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6, des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et appartenant au répertoire des groupes génériques mentionné au b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. Ce taux est arrêté sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, sur la base de l'analyse de l'évolution nationale annuelle du nombre d'unités de conditionnement de ces médicaments rapporté au nombre d'unités de conditionnement des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code, prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. » ;</p>	
		<p>3° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :</p>	
		<p>a) Au début, est ajoutée la mention : « III. – » ;</p>	
		<p>b) Après le mot : « patientèle », sont insérés les</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et les produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, d'une durée de trois ans.</p>		<p>mots : « ou que le taux de prescription des médicaments mentionnés au II du présent article affiche une valeur inférieure au taux prévisionnel mentionné au même II, non justifiée au regard de l'activité ou de la patientèle de l'établissement » ;</p>	
<p>Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :</p>		<p>4° Le troisième alinéa est complété par les mots : « , en fonction du ou des manquements constatés aux objectifs respectivement définis au I et au II » ;</p>	
<p>1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, de l'établissement, corrélée à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux d'évolution des dépenses de médicaments fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;</p>		<p>5° Après le 1°, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :</p>	
		<p>« 1° bis Un objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 et appartenant au répertoire des groupes génériques, résultant des prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste.</p>	<p>En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.</p>	<p>l'établissement, corrélé à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux prévisionnel mentionné au II du présent article ; »</p>	<p>6° Au début du 2°, sont ajoutés les mots : « Et, dans tous les cas, » ;</p>
<p>Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé</p>		<p>7° Au début du sixième alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – » ;</p>	
			<p>8° Après le septième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.</p>		<p>« Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas atteint son objectif mentionné au 1° bis du III, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses correspondant à l'écart entre le taux réalisé de prescription, par les médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement, de médicaments mentionnés au II et l'objectif de progression du volume de prescription desdits médicaments prévu au contrat.</p>	
<p>Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.</p>		<p>« Le cas échéant, les montants des versements définis aux deuxième et troisième alinéas du présent IV peuvent se cumuler, dans la limite définie au premier alinéa. » ;</p>	
<p>Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.</p>		<p>9° À l'avant-dernier alinéa, après le mot : « objectif », sont insérés les mots : « de réduction du taux d'évolution des dépenses mentionnées au I ou par rapport à l'objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au II ».</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 322-5. – Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire.</p> <p>Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.</p>	<p><b>Article 45</b></p> <p>L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre, fixé par le directeur général de</p>	<p><b>Article 45</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p><b>Article 45</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<b>Code de la santé publique</b>	l'agence régionale de santé pour le territoire concerné, sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État. »	II ( <i>nouveau</i> ). – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale, le mot : « second » est remplacé par le mot : « deuxième ».	<b>Article additionnel après l'article 45</b>  L'article L. 1112-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :  1° Le premier alinéa est ainsi modifié :  a) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;  b) La deuxième phrase est supprimée.
Art. L. 1112-1. – Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, les informations médicales définies à l'article L. 1111-7. <u>Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations.</u> Cette communication est effectuée, au choix de la personne concernée, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne.			
Les établissements de santé proposent un accompagnement médical aux personnes qui le souhaitent lorsqu'elles			

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p>demandent l'accès aux informations les concernant.</p> <p>Le refus de cet accompagnement ne fait pas obstacle à la consultation de ces informations.</p> <p>Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.</p>			<p>2° Après le quatrième alinéa, sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« II. – Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient.</p> <p>« Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations mentionnées au premier alinéa du I.</p> <p>« Ces praticiens sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient.</p> <p>« La lettre de liaison mentionnée au troisième alinéa du présent I est, dans le respect des exigences prévues</p>

<p><b>Texte en vigueur</b></p> <p>—</p>	<p><b>Texte du projet de loi</b></p> <p>—</p>	<p><b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b></p> <p>—</p>	<p><b>Propositions de la commission</b></p> <p>—</p>
<p>Les établissements sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.</p> <p>.....</p>			<p>aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2, remise au patient ou à la personne de confiance au moment de sa sortie.</p> <p>« Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée aux praticiens concernés. » ;</p> <p>3° Au début du cinquième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – ».</p>
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>	<p>CHAPITRE V</p> <p><b>Paiement des produits de santé à leur juste prix</b></p>	<p>CHAPITRE V</p> <p><b>Paiement des produits de santé à leur juste prix</b></p>	<p>CHAPITRE V</p> <p><b>Paiement des produits de santé à leur juste prix</b></p>
<p><b>Article 46</b></p> <p>L'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est précédé de la mention : « I » ;</p> <p>Art. L. 162-16-5. – Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des</p>	<p><b>Article 46</b></p> <p>L'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est précédé de la mention : « I » ;</p>	<p><b>Article 46</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>	<p><b>Article 46</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.</p>			
<p>À défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par décision du Comité économique des produits de santé et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament, de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, ainsi que des</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.</p>			
<p>Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.</p>			
<p>Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'État précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.</p>			
<p>Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p>			
	<p>2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :</p>		
	<p>« II. – Lorsque le prix</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Livre I<sup>er</sup> Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales</p>	<p>d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, au prix de cession fixé en application du deuxième alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée. »</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 47</b></p> <p>I. – Le titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p style="padding-left: 40px;">A. – Le I de l'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :</p> <p style="padding-left: 80px;">1° Le premier alinéa est ainsi modifié :</p> <p style="padding-left: 120px;">a) La première phrase est ainsi modifiée :</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 47</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">A. – Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 80px;">1° Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 120px;">a) Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 160px;">- Alinéa sans modification</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 47</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">A. – Non modifié</p>
<p>Art. L. 162-16-6. – I. – Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier.</p>	<p>- les mots : « est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au » sont remplacés par les mots : « est fixé par convention</p>	<p>- Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>À défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par décision du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique, de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique.</p> <p>En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.</p> <p>Un accord conclu à cet effet entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs</p>	<p>entre l'entreprise et le » ;</p> <p>- elle est complétée par les mots : « au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours suivant la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public. » ;</p> <p>b) La deuxième phrase est ainsi rédigée :</p> <p>« À défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés à la première phrase du présent alinéa, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivants. » ;</p> <p>c) À la troisième phrase, les mots : « à la décision du » sont remplacés par les mots : « au tarif publié par le » et le mot : « décision » est remplacé par le mot : « publication » ;</p> <p>2° Le troisième alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) Les mots : « à cet effet » sont supprimés ;</p>	<p>- sont ajoutés les mots : « au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception ...</p> <p>... public. » ;</p> <p>b) Alinéa sans modification</p> <p>« À ...</p> <p>... jours suivant le terme de ces mêmes délais. » ;</p> <p>c) Non modifié</p> <p>2° Alinéa sans modification</p> <p>a) Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'État précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.</p>	<p>b) Les mots : « la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, » sont remplacés par le mot : « notamment » ;</p>	<p>b) Non modifié</p>	
<p>Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p>	<p>c) Le mot : « prix » est remplacé par le mot : « tarif ».</p>	<p>c) Les mots : « prix de vente déclarés » sont remplacés par le mot : « tarifs » ;</p>	
<p>II. – Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>			
<p>Art. L. 162-22-7. – I. – L'État fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être</p>	<p>B. – Au premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, après le mot : « fixe », sont insérés les mots : « , sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, » ;</p>	<p>B. – Non modifié</p>	<p>B. – À la première phrase du premier ...  ... sociale, » ;</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6.</p>			
<p>Bénéficiaire d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et l'assurance maladie dans des conditions définies par décret.</p>			
<p>Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés.</p>			
<p>Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations bénéficiaire d'un</p>			

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>remboursement à hauteur de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.</p> <p>Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.</p> <p>La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés.</p>			
<p>II. – .....</p>			
<p>Art. L. 165-2. – Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p>	<p>C. – L'article L. 165-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>C. – Alinéa sans modification</p>	<p>C. – Non modifié</p>
<p>Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique sont</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p> <p>La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.</p>	<p>« La publication du tarif des produits ou prestations mentionnées à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours suivant la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public. »</p> <p>II. – Le présent article s'applique à la prise en charge, au titre de la liste mentionnée à l'article</p>	<p>« La ...</p> <p>... jours à compter de la ...</p> <p>... public. »</p> <p>II. – Le ...</p>	<p>II. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, des spécialités pharmaceutiques ou produits et prestations pour lesquels le dernier avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ou de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale a été rendu public postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2015. La prise en charge, au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, des spécialités pharmaceutiques ou produits et prestations pour lesquels les avis mentionnés au précédent alinéa ont été rendus publics avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015 demeure régie par les dispositions législatives dans leur rédaction en vigueur avant cette date.</p>	<p>... mentionnés à la première phrase du présent II ont ...</p> <p>... date.</p>	<p><b>Article additionnel après l'article 47</b></p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le 1° de l'article L. 161-37 est ainsi modifié :</p> <p>a) À la première phrase, les mots : « du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif des produits, actes ou prestations de santé » ;</p>
<b>Code de la sécurité sociale</b>			
<p>Art. L. 161-37. – La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :</p>			
<p>1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes</p>			

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficience. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 161-39. – La Haute Autorité de santé peut procéder, à tout moment, à l'évaluation du service attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé ou du service qu'ils rendent. Elle peut être également consultée, notamment par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou catégorie de produits ou prestations et, le cas échéant, des protocoles de soins les associant. Les entreprises, établissements, organismes et professionnels concernés sont tenus de lui transmettre les informations qu'elle demande à cet effet après les avoir rendues anonymes.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 162-12-15. – Les références mentionnées</p>			<p>b) À la dernière phrase, les mots : « l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif du produit ou de la technologie » ;</p> <p>2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 161-39, les mots : « du service attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé ou du service qu'ils rendent » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé » ;</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>au 6° du troisième alinéa de l'article L. 162-5, au 3° du deuxième alinéa de l'article L. 162-9 et au 5° du deuxième alinéa de l'article L. 162-12-2 et de l'article L. 162-12-9 identifient des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Elles sont établies par la Haute Autorité de santé, à partir de critères scientifiques reconnus et, pour le domaine du médicament, par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à partir des évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché et pour apprécier le service médical rendu.</p> <p>.....</p>			<p>3° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale, les mots : « le service médical rendu » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif » ;</p>
<p>Art. L. 162-16-4. – Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et</p>			<p>4° Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 est ainsi modifié :</p>
			<p>a) À la deuxième phrase, les mots : « l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif du médicament » ;</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>réelles d'utilisation du médicament. Lorsque la fixation du prix du médicament est fondée sur une appréciation de l'amélioration du service médical rendu différente de celle de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé fait connaître à la commission les motifs de son appréciation.</p> <p>.....</p>			<p>b) À la dernière phrase, les mots : « l'amélioration du service médical rendu » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif » ;</p>
<p>Art. L. 162-17-6. – L'entreprise qui exploite un médicament peut, lorsque ce médicament présente, par son amélioration du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, demander à bénéficier d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.</p> <p>.....</p>			<p>5° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-6, les mots : « amélioration du service médical rendu » sont remplacés par les mots : « intérêt thérapeutique relatif » ;</p>
<p>Art. L. 162-17-7. – S'il s'avère, postérieurement à l'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, que l'entreprise qui exploite le médicament n'a pas fourni, en en signalant la portée, des informations connues d'elle avant ou après l'inscription et que ces informations conduisent à modifier les appréciations portées par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique notamment pour ce qui concerne le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce médicament, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses</p>			<p>6° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-7, les mots : « le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif du » ;</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.</p> <p>.....</p>			
<p>Art. L. 165-2. – Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p> <p>.....</p>			
<p>La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.</p>			
<p>Art. L. 861-3. – Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :</p> <p>.....</p>			
<p>La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de</p>			<p>7° Au dernier alinéa de l'article L. 165-2, les mots : « du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif » ;</p>

**Texte en vigueur**

—

l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.

.....

Art. L. 162.17. – Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La demande d'inscription d'un médicament sur cette liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la commission**

—

8° Au cinquième alinéa de l'article L. 861-3, les mots : « du service médical rendu » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif ».

II. – Les conditions d'application du I, notamment les critères sur lesquels se fonde l'intérêt thérapeutique relatif, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

III. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

**Article additionnel après l'article 47**

À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, les mots : « dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat » sont supprimés.

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p><b>Code de la santé publique</b></p> <p>Art. L. 5123-3. – La liste mentionnée à l'article L. 5123-2 est proposée par une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Peuvent être entendus par la commission les personnalités médicales ou pharmaceutiques, ainsi que les représentants qualifiés des organismes ou services dont la commission désire avoir l'avis.</p>			<p><b>Article additionnel après l'article 47</b></p> <p>I. – L'article L. 5123-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Pour l'établissement de la liste mentionnée à l'article L. 5123-2, il est également tenu compte, lorsqu'il existe, de l'avis rendu par la commission mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale ».</p>
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p>Art. L. 162-17. – Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La demande d'inscription d'un</p>			<p>II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 162-17 est ainsi modifié :</p> <p>a) À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « sur une liste établie », sont insérés les mots : « après avis de la commission mentionnée au premier alinéa de l'article</p>

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>médicament sur cette liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.</p> <p>.....</p> <p>L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en oeuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 165-1. – Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom</p>			<p>L. 5123-3 du code de la santé publique ainsi que, le cas échéant, de la commission mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 161-37 du présent code, » ;</p> <p>b) Au troisième alinéa, le mot : « à » est remplacé par les mots : « au premier alinéa de » ;</p> <p>2° L'article L. 165-1 est ainsi modifié :</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.</p> <p>Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>.....</p>	<p>CHAPITRE VI</p> <p><b>Amélioration de l'efficacité de la dépense des établissements de santé</b></p>	<p>CHAPITRE VI</p> <p><b>Amélioration de l'efficacité de la dépense des établissements de santé</b></p>	<p>a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Pour l'établissement de cette liste, il est également tenu compte, lorsqu'il existe, de l'avis rendu par la commission mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. » ;</p> <p>b) Au deuxième alinéa, après les mots : « de la commission », sont insérés les mots : « mentionnée au premier alinéa ».</p>
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>	<p><b>Article 48</b></p> <p>Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Après l'article L. 162-22-2, il est inséré un article L. 162-22-2-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-22-2-1 – I. – Lors de la détermination annuelle de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, une part de son montant peut être affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation mise en réserve, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance</p>	<p><b>Article 48</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>	<p>CHAPITRE VI</p> <p><b>Amélioration de l'efficacité de la dépense des établissements de santé</b></p> <p><b>Article 48</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 162-22-3. – I. – Chaque année, l'État détermine :</p> <p>1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1, selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2. Ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales ;</p> <p>2° Les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être allouées aux établissements par les agences régionales ;</p>	<p>maladie. Cette part peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.</p> <p>« II. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 tout ou partie de la dotation mise en réserve en application du I du présent article, en fonction des montants versés par l'assurance maladie à chacun de ces établissements au titre de l'année pour laquelle l'objectif a été fixé.</p> <p>« La part de la dotation ainsi versée peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.</p> <p>« III. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1.</p>	<p>3° Le II de l'article L. 162-22-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>		
<p>Art. L. 162-22-5. – I. – Les tarifs des prestations afférents aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.</p>	<p>« Ces tarifs sont établis en prenant en compte les effets de la constitution de la dotation mise en réserve en application du I de l'article L. 162-22-2-1. » ;</p>		
<p>Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1<sup>er</sup> mars de l'année en cours.</p>			
<p>II. – L'État fixe les tarifs de responsabilité applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6.</p>	<p>4° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-9-1, ».</p>		
<p>Art. L. 174-15. – Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L.162-22-6, L.162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26.</p>			
<p>Les compétences du</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>directeur général de l'agence régionale de santé mentionnées aux articles visés au premier alinéa sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.</p> <p>Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.</p>			
<p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p>	<p><b>Article 49</b></p>	<p><b>Article 49</b></p>	<p><b>Article 49</b></p>
<p>Art. L. 254-2. – Les établissements de santé facturent à la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale la part des dépenses prises en charge par l'État pour les soins dispensés au titre des articles L. 251-1 et L. 254-1.</p>	<p>I. – L'article L. 254-2 du code de l'action sociale et des familles est complété par les mots : « du présent code, dans le délai mentionné à l'article L. 253-3 ».</p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>	<p>II. – La sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :</p>		
<p>Art. L. 162-22-11. – Dans les établissements mentionnés aux a à c de</p>	<p>1° L'article L. 162-22-11 est ainsi modifié :</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du même I, servent de base à l'exercice des recours contre tiers et à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du présent code et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>a) Après les mots : « l'État », sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;</p> <p>b) La référence : « de l'article L. 251-1 » est remplacée par les références : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 » ;</p> <p>2° Le premier alinéa de l'article L. 162-22-11-1 est ainsi modifié :</p>		
<p>Art. L. 162-22-11-1. – Pour la prise en charge, dans le cadre des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, les tarifs des prestations d'hospitalisation sont basés, selon un mode de calcul fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, sur :</p>	<p>a) Après les mots : « l'État », sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;</p> <p>b) La référence : « de l'article L. 251-1 » est remplacée par les références : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 ».</p>		
<p>1° Une fraction, au moins égale à 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du présent code ;</p>			
<p>2° Pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6,</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>une fraction au plus égale à 20 % des tarifs permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) ;</p>			
<p>3° Un coefficient permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients.</p>			
<p>La facturation de la prise en charge de ces patients tient également compte :</p>			
<p>a) Des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;</p>			
<p>b) Du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4.</p>			
<p><b>Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004</b></p>			
<p>Art. 33. – II. – Jusqu'au 31 décembre 2015, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. Ces tarifs servent également à</p>	<p>III. – La dernière phrase du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est ainsi modifiée :</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>1° Après les mots : « l'État », sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;</p> <p>2° La référence : « de l'article L. 251-1 » est remplacée par les références : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 ».</p> <p>IV. – Le présent article s'applique aux prestations réalisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015. Pour les prestations réalisées antérieurement à cette date, le délai dans lequel les demandes en paiement doivent être présentées sous peine de forclusion continue de courir jusqu'au terme prévu en application de l'article L. 2224 du code civil, sans pouvoir excéder le 31 décembre 2016.</p>		<p><b>Article additionnel après l'article 49</b></p> <p>Hormis les cas de congé de longue maladie, de congé de longue durée ou si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>Livre I<sup>er</sup> Protection des personnes en matière de santé Titre IV Réparation des conséquences des risques sanitaires Chapitre II Risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé Section 1 Principes généraux</p>	<p>CHAPITRE VII Autres mesures</p> <p>Article 50</p> <p>I. – La section 1 du chapitre II du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 1142-3-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 1142-3-1. – I – Le dispositif de réparation des préjudices des patients au titre de la solidarité nationale mentionné au II de l'article L. 1142-1 et aux articles L. 1142-1-1 et L. 1142-15 n'est pas applicable aux demandes d'indemnisation de dommages imputables à des actes dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi.</p> <p>« II. – Toutefois, le</p>	<p>CHAPITRE VII Autres mesures</p> <p>Article 50</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 1142-3-1. – I – Le ... ... préjudices subis par les patients ...</p> <p>... suivi.</p> <p>« II. – Non modifié</p>	<p>l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, les agents de la fonction publique hospitalière en congé de maladie ainsi que les salariés des établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dont l'indemnisation du congé de maladie n'est pas assurée par un régime obligatoire de sécurité sociale, ne perçoivent pas leur rémunération au titre du premier jour de ce congé.</p> <p>CHAPITRE VII Autres mesures</p> <p>Article 50</p> <p>(Sans modification)</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>Art. L. 1221-8. – Peuvent être préparés à partir du sang ou de ses composants :</p> <p>1° Des produits sanguins labiles, comprenant notamment le sang total, le plasma et les cellules sanguines d'origine humaine. A l'exception des produits sanguins labiles destinés à des recherches biomédicales, seuls peuvent être distribués ou délivrés à des fins thérapeutiques, les produits sanguins labiles dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décision de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, après avis de l'Établissement français du sang, et publiée au Journal officiel de la République française ;</p> <p>2° Des pâtes plasmatiques ;</p>	<p>recours aux commissions mentionnées à l'article L. 1142-5 exerçant dans le cadre de leur mission de conciliation reste ouvert aux patients ayant subi des dommages résultant des actes mentionnés au I du présent article. »</p> <p>II. – Le présent article s'applique aux demandes d'indemnisation postérieures au 31 décembre 2014.</p> <p><b>Article 51</b></p> <p>Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 1221-8 est ainsi modifié :</p> <p>a) À la première phrase du 1°, après le mot : « plasma », sont insérés les mots : « dans la production duquel n'intervient pas un processus industriel, quelle que soit sa finalité, » ;</p> <p>b) Après le 2°, il est inséré un 2° bis ainsi rédigé :</p> <p>« 2° bis Du plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel, régi par le livre I<sup>er</sup> de la cinquième</p>	<p>—</p> <p>II. – Non modifié</p> <p><b>Article 51</b></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p>	<p>—</p> <p><b>Article 51</b></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>3° Des produits stables préparés industriellement, qui constituent des médicaments dérivés du sang et qui sont régis par les dispositions du livre Ier de la partie V ;</p>	<p>partie ; »</p> <p>c) Le 3° est ainsi rédigé :</p> <p>« 3° Des médicaments issus du fractionnement du plasma régis par le livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie ; »</p>		
<p>4° Des réactifs de laboratoire dont les conditions de mise sur le marché sont fixées par le titre II du livre II de la cinquième partie ;</p>			
<p>5° Des produits cellulaires à finalité thérapeutique mentionnés à l'article L. 1243-1 ;</p>			
<p>6° Des produits thérapeutiques annexes tels que définis à l'article L. 1261-1 ;</p>			
<p>7° Des excipients à usage pharmaceutique et des substances utilisées lors de la fabrication d'un médicament mais n'entrant pas dans sa composition.</p>			
<p>Le sang et ses composants, qu'ils aient ou non été prélevés dans des établissements de transfusion sanguine, peuvent également être utilisés pour effectuer les contrôles de qualité des examens de biologie médicale ainsi que pour la réalisation et le contrôle des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, ou pour effectuer sur les produits préparés à partir du sang ou de ses composants les expertises et les contrôles techniques réalisés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>application du 1° de l'article L. 5311-2. Les principes mentionnés aux articles L. 1221-3, L. 1221-4 et L. 1221-6 sont également applicables dans ce cas.</p>	<p>2° Le premier alinéa de l'article L. 1221-9 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>2° Non modifié</p>	<p>2° Non modifié</p>
<p>Art. L. 1221-9. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les tarifs de cession des produits sanguins labiles.</p>	<p>« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les tarifs :</p> <p>« a) De cession des produits sanguins labiles, à l'exception des plasmas à finalité transfusionnelle ;</p> <p>« b) De conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des plasmas à finalité transfusionnelle relevant des 1° ou 2° bis de l'article L. 1221-8 par les établissements de transfusion sanguine. » ;</p>		
<p>Pour la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et La Réunion et pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin, un arrêté des ministres chargés de l'outre-mer, de la santé et de la sécurité sociale peut déterminer des majorations aux tarifs fixés en application de l'alinéa précédent. Ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans chacun de ces départements, grèvent le coût des produits sanguins labiles par rapport à leur coût en métropole.</p>	<p>3° L'article L. 1221-10 est ainsi modifié :</p> <p>a) Le premier alinéa est précédé de la mention : « I. – » ;</p>	<p>3° Non modifié</p>	<p>3° Non modifié</p>
<p>Art. L. 1221-10. – Les</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>produits sanguins labiles destinés à une utilisation thérapeutique directe sont conservés, en vue de leur distribution et de leur délivrance, dans les établissements de transfusion sanguine. Peuvent également conserver ces produits en vue de leur délivrance les établissements de santé autorisés à cet effet par l'autorité administrative après avis de l'Établissement français du sang dans des conditions définies par décret et les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 autorisés selon la même procédure et dans des conditions définies par décret. Les produits sanguins labiles restent sous la surveillance d'un médecin ou d'un pharmacien. Un décret précise la section de l'ordre national des pharmaciens dont ce pharmacien doit relever.</p>	<p>b) Il est ajouté un II ainsi rédigé :</p> <p>« II. – Par dérogation aux articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des plasmas mentionnés au 2° bis de l'article L. 1221-8 sont effectuées soit par un établissement de transfusion sanguine, soit par un établissement de santé autorisé à cet effet dans des conditions définies par décret. » ;</p>		
<p>La délivrance de produits sanguins labiles ne peut être faite que sur ordonnance médicale.</p>			
<p>Art. L. 1221-10-2. – Toute violation dans un établissement de santé et du</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>fait de celui-ci des prescriptions législatives et réglementaires relatives à la conservation des produits sanguins labiles en vue de leur délivrance ainsi que des termes de l'autorisation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 1221-10 entraîne la suspension ou le retrait par l'autorité administrative de cette autorisation. Cette suspension ou ce retrait ne peut intervenir qu'après mise en demeure adressée au directeur de l'établissement de santé de prendre toutes mesures propres à remédier à la violation ou au manquement constaté, ou de fournir toutes explications nécessaires. Cette mise en demeure est faite par écrit par l'autorité compétente et fixe un délai d'exécution ou de réponse qui ne peut excéder un mois.</p> <p>En cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes, une suspension de l'autorisation peut être prononcée à titre conservatoire par l'autorité compétente.</p>	<p>4° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 1221-10-2, après le mot : « labiles », sont insérés les mots : « et les plasmas mentionnés au 2° bis de l'article L. 1221-8 » ;</p>	<p>4° Non modifié</p>	<p>4° Non modifié</p>
<p>Art. L. 1221-13. – L'hémovigilance a pour objet l'ensemble des procédures de surveillance et d'évaluation des incidents, ainsi que des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de produits sanguins labiles. Elle porte sur l'ensemble de la chaîne transfusionnelle allant de la collecte des produits sanguins labiles jusqu'au suivi des receveurs. L'hémovigilance comprend également le suivi épidémiologique des donneurs.</p> <p>Les personnes qui ont</p>	<p>5° L'article L. 1221-13 est ainsi modifié :</p> <p>a) À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « produits sanguins labiles », sont ajoutés les mots : « et de plasma mentionné au 2° bis de l'article L. 1221-8, ce dernier produit demeurant également soumis aux articles L. 5121-22 et suivants. » ;</p>	<p>5° Alinéa sans modification</p> <p>a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et de plasma mentionné au 2° bis de l'article L. 1221-8, ce dernier produit demeurant également soumis au chapitre I<sup>er</sup> bis du titre II du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie. » ;</p>	<p>5° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>à connaître de ces informations sont tenues au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.</p>	<p>b) Au dernier alinéa, après le mot : « labiles », sont insérés les mots : « et du plasma mentionné au 2° bis de l'article L. 1221-8 du présent code » ;</p>	<p>b) Non modifié</p>	<p>6° Non modifié</p>
<p>Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, fixe les règles d'hémovigilance, et notamment la nature des informations nécessaires à la surveillance des effets de l'utilisation des produits sanguins labiles que les praticiens sont tenus de fournir, ainsi que les conditions d'exercice de cette surveillance.</p>	<p>6° L'article L. 1222-8 est ainsi modifié :</p>	<p>6° Non modifié</p>	<p>6° Non modifié</p>
<p>Art. L. 1222-8. – Les recettes de l'Établissement français du sang sont constituées par :</p>	<p>a) Au 1°, les mots : « de la cession des » sont remplacés par les mots : « des activités liées aux » ;</p>	<p>6° Non modifié</p>	<p>6° Non modifié</p>
<p>1° Les produits de la cession des produits sanguins labiles ;</p>	<p>b) Après le 1°, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :</p>	<p>6° Non modifié</p>	<p>6° Non modifié</p>
<p>2° Les produits des activités annexes ;</p>	<p>« 1° bis Les produits des activités liées au plasma mentionné au 2° bis de l'article L. 1221-8 ; »</p>	<p>6° Non modifié</p>	<p>6° Non modifié</p>
<p>3° Des redevances pour services rendus établies par décret dans les conditions fixées par l'article 5 de l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances ;</p>		<p>6° Non modifié</p>	<p>6° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>4° Des produits divers, des dons et legs ainsi que des subventions de l'État, des collectivités publiques, de leurs établissements publics et des organismes d'assurance maladie ; La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ;</p>			
<p>5° Des emprunts.</p>			
<p>Art. L. 1223-1. – Les établissements de transfusion sanguine sont des établissements locaux sans personnalité morale de l'Établissement français du sang. Ils sont dotés d'un conseil d'établissement qui réunit, outre la direction de l'établissement de transfusion sanguine, des représentants des associations de donneurs de sang, des associations de patients, du personnel de l'établissement de transfusion sanguine, des établissements publics et privés de santé et de l'assurance maladie.</p>			
<p>Sous réserve des dispositions de l'article L. 5124-14, ces établissements ont vocation à développer toute activité liée à la transfusion sanguine, au conseil et au suivi des actes de transfusion. Ils peuvent notamment être autorisés à distribuer des médicaments dérivés du sang dans les conditions prévues aux articles L. 5121-1 à L. 5121-4, sous réserve des dispositions du présent chapitre, et à les dispenser et administrer aux malades qui y sont traités. Ces établissements sont en ce cas dotés d'un pharmacien responsable qui participe à la direction générale de l'établissement. Ils peuvent, en outre, à titre accessoire, être autorisés à exercer d'autres</p>	<p>7° Après la première phrase du second alinéa de l'article L. 1223-1, est insérée une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Ces établissements conservent en vue de leur délivrance et délivrent les plasmas mentionnés au 2° bis de l'article L. 1221-8, dans les conditions fixées au II de l'article L. 1221-10. » ;</p>	<p>7° Non modifié</p>	<p>7° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>activités de santé, notamment les activités prévues aux articles L. 1243-2 et L. 5124-9-1 et des activités de soins et de laboratoire de biologie médicale, conformément aux règles applicables à ces activités. Par dérogation à l'article L. 6222-5, les établissements de transfusion sanguine qui, au titre des activités de laboratoire de biologie médicale prévues au présent article, effectuent des examens d'immuno-hématologie dits " receveur " et des examens complexes d'immuno-hématologie peuvent disposer de laboratoires comportant plusieurs sites localisés sur plus de trois territoires de santé, dans leur champ géographique d'activité déterminé en application de l'article L. 1223-2. Le deuxième alinéa du I de l'article L. 6211-19 n'est pas applicable aux transmissions d'échantillons biologiques faites par les laboratoires de biologie médicale des établissements de santé aux établissements de transfusion sanguine en vue des examens d'immuno-hématologie mentionnés au présent alinéa. Les établissements de transfusion sanguine sont autorisés à dispenser et à administrer les médicaments nécessaires à l'exercice de leurs activités liées à la transfusion sanguine et, le cas échéant, de leurs activités de soins.</p>			
<p>Art. L. 5121-1. – On entend par :</p>	<p>8° L'article L. 5121-1 est complété par un 18° ainsi rédigé :</p>	<p>8° Non modifié</p>	<p>8° Alinéa sans modification</p>
<p>1° Préparation magistrale, tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé en raison de</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, soit extemporanément en pharmacie, soit dans les conditions prévues à l'article L. 5125-1 ou à l'article L. 5126-2 ;</p> <p>.....</p>	<p>« 18° Médicament dérivé du sang, tout médicament préparé industriellement à partir du sang et de ses composants. Ils sont soumis au présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables. Ils comprennent notamment :</p>	<p>9° Non modifié</p>	<p>« 18° Médicament ...</p>
<p>16° Médicament à base de plantes, tout médicament dont les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes ou une association de plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes.</p>	<p>« a) Les médicaments issus du fractionnement du plasma ;</p>	<p>9° Non modifié</p>	<p>... sang ou de ses ...</p>
<p>Art. L. 5121-3. – Les produits stables préparés à partir du sang et de ses</p>	<p>« b) Le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel. » ;</p>	<p>9° Non modifié</p>	<p>... notamment :</p>
<p>Art. L. 5121-3. – Les produits stables préparés à partir du sang et de ses</p>	<p>9° L'article L. 5121-3 est abrogé ;</p>	<p>9° Non modifié</p>	<p>« a) Non modifié</p>
<p>Art. L. 5121-3. – Les produits stables préparés à partir du sang et de ses</p>	<p>9° L'article L. 5121-3 est abrogé ;</p>	<p>9° Non modifié</p>	<p>« b) Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>composants constituent des médicaments dérivés du sang et sont soumis aux dispositions du présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables.</p>	<p>10° Après l'article L. 5126-5-1, il est inséré un article L. 5126-5-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 5126-5-2. – I. – Par dérogation aux articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des médicaments définis au b du 18° de l'article L. 5121-1 sont effectuées soit par un établissement de transfusion sanguine, soit par un établissement de santé autorisé à cet effet dans les conditions mentionnées au II de l'article L. 1221-10.</p> <p>« II. – Tout contrat d'achat de plasmas à finalité transfusionnelle mentionnés au 2° bis de l'article L. 1221-8 conclu entre un établissement pharmaceutique et un établissement de santé doit comporter, à peine de nullité, des clauses permettant de mettre en œuvre et de respecter les obligations de conservation en vue de la délivrance et de délivrance mentionnées au I du présent article. »</p>	<p>10° Non modifié</p>	<p>10° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<b>Code de la sécurité sociale</b>	<b>Article 52</b>	<b>Article 52</b>	<b>Article 52</b>
<p>Livre III Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général Titre VI Assurance décès Chapitre I<sup>er</sup> Dispositions générales</p>	<p>Le chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>(<i>Sans modification</i>)</p>	<p>(<i>Sans modification</i>)</p>
<p>Art. L. 361-1. – Sans préjudice de l'application de l'article L. 313-1, l'assurance décès garantit aux ayants droit de l'assuré le paiement d'un capital égal à un multiple du gain journalier de base tel qu'il est défini à l'article L. 323-4 lorsque l'assuré, moins de trois mois avant son décès, exerçait une activité salariée, percevait l'une des allocations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 311-5, était titulaire d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 341-1 ou d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 371-1, ou lorsqu'il bénéficiait, au moment de son décès, du maintien de ses droits à l'assurance décès au titre de l'article L. 161-8.</p>	<p>1° À l'article L. 361-1, les mots : « multiple du gain journalier de base tel qu'il est défini à l'article L. 323-4 » sont remplacés par les mots : « montant forfaitaire déterminé par décret » ;</p>		
<p>Art. L. 361-2. – Dans le cas où, entre la date de cessation d'activité et le décès de l'assuré, survient une augmentation générale des salaires, ce capital fait l'objet d'une révision.</p>	<p>2° L'article L. 361-2 est abrogé.</p>		

<b>Texte en vigueur</b> —	<b>Texte du projet de loi</b> —	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b> —	<b>Propositions de la commission</b> —
<p><b>Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé</b></p> <p>Art. 23. – I. – .....</p> <p>III. — A titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, les médecins peuvent, dans certains établissements de santé et dans le cadre de la prise en charge des patients, consulter avec leur autorisation leur dossier pharmaceutique. .....</p>			<p><b>Article additionnel après l'article 52</b></p> <p>Au premier alinéa du III de l'article 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, les mots : « trois ans » sont remplacés par les mots : « six ans ».</p>
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p> <p>Art. L. 161-38. – I. – .....</p> <p>Ces certifications sont rendues obligatoires pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales ou une aide à la dispensation des médicaments dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p>			<p><b>Article additionnel après l'article 52</b></p> <p>Le dernier alinéa de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Ces certifications sont rendues obligatoires, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État :</p> <p>« 1° pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2015 ;</p> <p>« 2° pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à la dispensation des médicaments, au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2015. »</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	—	—	—
	<b>Article 53</b>	<b>Article 53</b>	<b>Article 53</b>
	<p>I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 280,6 millions d'euros pour l'année 2015.</p>	I. – Non modifié	I. – Non modifié
	<p>II. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 115 millions d'euros pour l'année 2015.</p>	II. – Non modifié	II. – Le ...
	<p>III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires mentionné à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique est fixé à 15,257 millions d'euros pour l'année 2015.</p>	III. – Non modifié	<p>... L. 1142-22 du ... ... 2015.</p>
	<p>IV. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements des personnes âgées ou</p>	IV. – Non modifié	IV. – Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p>	<p>handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 103,17 millions d'euros pour l'année 2015.</p>		
<p>Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sept sections distinctes selon les modalités suivantes :</p>			
<p>I. – Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ainsi qu'au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées, qui est divisée en deux sous-sections.</p>			
<p>1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Elle retrace :</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p>			
<p>a <i>bis</i>) Pour les années 2012, 2013 et 2014, le pourcentage défini au a est fixé à 13 % ;</p>			
<p>b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3.</p>			
<p>Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.</p>			
<p>2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées, ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3. Elle retrace :</p>			
<p>a) En ressources, 40 % du produit des contributions</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission					
<p>visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p>	<p>a bis) Pour les années 2012, 2013 et 2014, le pourcentage défini au a est fixé à 39 % ;</p>	<p>b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3.</p>	<p>Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.</p>	<p>Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.</p>	<p>La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73</p>	<p>V. – Au dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-5 du</p>	<p>V. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-5 du</p>	<p>V. – <i>Supprimé</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, sont imputées sur le financement à la charge des organismes de sécurité sociale soumis à l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code.</p>	<p>code de l'action sociale et des familles, les mots : « , pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, » sont supprimés et les mots : « le financement à la charge des organismes de sécurité sociale soumis à l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code. » sont remplacés par les mots : « les fractions du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. »</p>	<p>code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p> <p>1° Les mots : « , pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, » sont supprimés ;</p> <p>2° Après les mots : « imputés sur », la fin est ainsi rédigée : « les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. »</p>	
<p>II. – .....</p>			
		<p><b>Article 53 bis (nouveau)</b></p> <p>Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la fiscalité applicable aux établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, étudiant notamment l'opportunité d'appliquer à ces établissements, lorsqu'ils sont publics, la taxe sur la valeur ajoutée applicable aux prestations en matière d'hébergement et de dépendance.</p>	<p><b>Article 53 bis</b></p> <p><i>Supprimé</i></p>
		<p><b>Article 53 ter (nouveau)</b></p> <p>Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus depuis 2008 avec les établissements et services du secteur social et médico-</p>	<p><b>Article 53 ter</b></p> <p><i>Supprimé</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sept sections distinctes selon les modalités suivantes :</p>		social.	<p><b>Article additionnel après l'article 53 <i>ter</i></b></p>
<p>.....</p> <p>a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p>			<p>L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p>
<p>.....</p> <p>a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ;</p>			<p>1° Au a) du 1 du I, les mots : « une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % » sont remplacés par les mots : « 10 % » ;</p>
<p>.....</p> <p>a bis) Pour les années 2012, 2013 et 2014, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affecté au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9 ;</p>			<p>2° Au a) du III, les mots : « une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % » sont remplacés par les mots : « 30 % ».</p>
<p>.....</p> <p>b bis) Pour les années 2012, 2013 et 2014, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affectée au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9.</p>			<p><b>Article additionnel après l'article 53 <i>ter</i></b></p>
			<p>Aux a bis) et b bis) du V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « Pour les années 2012, 2013 et 2014, 1 % du produit des contributions visées au 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 » sont remplacés par les mots : « Jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2015, 50 % du produit de la contribution visée au 1° bis de l'article L. 14-10-4 ».</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
—	—	—	—
	<p align="center"><b>Article 54</b></p> <p>Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :</p> <p>1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 198,0 milliards d'euros ;</p> <p>2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 173,6 milliards d'euros.</p>	<p align="center"><b>Article 54</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>	<p align="center"><b>Article 54</b></p> <p>Alinéa sans modification</p>
	<p>1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 198,0 milliards d'euros ;</p>		<p>1° Pour ...</p>
			<p>... à</p>
			<p>197,0 milliards d'euros ;</p>
	<p>2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 173,6 milliards d'euros.</p>		<p>2° Pour ...</p>
			<p>... à 172,8 milliards d'euros.</p>
	<p align="center"><b>Article 55</b></p>	<p align="center"><b>Article 55</b></p>	<p align="center"><b>Article 55</b></p>
	<p align="center"><b>Cf. Annexe 1</b></p>	<p align="center"><b>Cf. Annexe 1</b></p>	<p align="center"><b>Cf. Annexe 1</b></p>
		<p><i>(Sans modification)</i></p>	<p><i>(Tableau modifié)</i></p>
	<p align="center"><b>TITRE II</b></p>	<p align="center"><b>TITRE II</b></p>	<p align="center"><b>TITRE II</b></p>
	<p align="center"><b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE VIEILLESSE</b></p>	<p align="center"><b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE VIEILLESSE</b></p>	<p align="center"><b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE VIEILLESSE</b></p>
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>			<p align="center"><b>Article additionnel avant l'article 56</b></p>
			<p>L'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>
			<p>1° Au premier alinéa, les mots : « soixante-deux » sont remplacés par les mots : « soixante-quatre » et la date : « 1955 » est remplacée par la date : « 1960 » ;</p>
			<p>2° Au deuxième alinéa, la date : « 1955 » est remplacée par la date :</p>

Art. L. 161-17-2. – L'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 du présent code, à l'article L. 732-18 du code rural et de la pêche maritime, au 1° du I de l'article L. 24 et au 1° de l'article L. 25 du code des pensions civiles et militaires de retraite est fixé à soixante-deux ans pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1955.

Cet âge est fixé par décret dans la limite de l'âge mentionné au premier alinéa pour les assurés nés avant le 1er janvier 1955 et, pour ceux

1° Au premier alinéa, les mots : « soixante-deux » sont remplacés par les mots : « soixante-quatre » et la date : « 1955 » est remplacée par la date : « 1960 » ;

2° Au deuxième alinéa, la date : « 1955 » est remplacée par la date :

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1954, de manière croissante :</p> <p>1° A raison de quatre mois par génération pour les assurés nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1951 ;</p> <p>2° A raison de cinq mois par génération pour les assurés nés entre le 1er janvier 1952 et le 31 décembre 1954.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 56</b></p> <p>Par dérogation aux conditions prévues à l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, les périodes passées entre le 18 mars 1962 et le 31 décembre 1975 dans les camps militaires de transit et d'hébergement par les assurés, alors qu'ils étaient âgés de 16 à 21 ans, qui sont enfants des anciens harkis, moghaznis et personnels des diverses formations supplétives de statut civil de droit local ayant servi en Algérie qui ont fixé leur domicile en France, sont prises en compte par le régime général d'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations prévu au premier alinéa du I du même article L. 351-14-1, diminué d'une réduction forfaitaire prise en charge par l'État dans des conditions et limites fixées par</p>	<p style="text-align: center;"><b>Article 56</b></p> <p>Par dérogation aux conditions prévues au I de l'article ...</p> <p>... Algérie et fixé ...</p>	<p>« 1960 » et la date : « 1954 » est remplacée par la date : « 1959 » ;</p> <p>3° Au quatrième alinéa, la date : « 1954 » est remplacée par la date : « 1958 » ;</p> <p>4° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« À raison de quatre mois par génération pour les assurés nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1959 et le 31 décembre 1959 ».</p> <p style="text-align: center;"><b>Article 56</b></p> <p>Par dérogation aux conditions prévues à l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, les enfants des anciens harkis, moghaznis et personnels des diverses formations supplétives de statut civil de droit local qui ont servi en Algérie et qui sont venus fixer leur domicile en France voient les périodes qu'ils ont passées dans des camps militaires de transit et d'hébergement entre le 18 mars 1962 et le 31 décembre 1975 prises en compte par le régime général d'assurance vieillesse sous réserve :</p> <p>1° qu'ils aient été âgés de 16 à 21 ans pendant les périodes mentionnées à l'alinéa précédent ;</p> <p>2° du versement des</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><b>Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites</b></p>	<p>décret.</p> <p>Le nombre de trimestres d'assurance attribués en application du présent article est limité à quatre, sans que le total des trimestres acquis à ce titre et, le cas échéant, en application dudit article L. 351-14-1 n'excède le plafond fixé au premier alinéa de cet article.</p>	<p>... décret.</p> <p>Le nombre ...</p> <p>... fixé au premier alinéa du I du même article.</p>	<p>cotisations prévues au premier alinéa de l'article L. 351-14-1, diminué d'une réduction forfaitaire prise en charge par l'État dans des conditions et limites fixées par décret.</p>
	<p><b>Article 57</b></p> <p>Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :</p> <p>1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de</p>	<p><b>Article 56 bis (nouveau)</b></p> <p>L'article 19 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites est complété par un X ainsi rédigé :</p> <p>« X. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités particulières d'application du présent article pour les artistes du ballet relevant de la caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris.</p> <p>« Le II du présent article entre en vigueur, pour les assurés mentionnés au premier alinéa du présent X, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018. »</p> <p><b>Article 57</b></p> <p>(Sans modification)</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p><b>Article 56 bis</b></p> <p>(Sans modification)</p> <p><b>Article 57</b></p> <p>(Sans modification)</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code rural et de la pêche maritime</p> <p>Art. L. 752-3 En cas d'accidents du travail ou en cas de maladies</p>	<p>sécurité sociale, à 224,0 milliards d'euros ;</p> <p>2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 120,9 milliards d'euros.</p> <p><b>TITRE III</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES</b></p> <p><b>Article 58</b></p> <p>I. – Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 380 millions d'euros au titre de l'année 2015.</p> <p>II. – Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 693 millions d'euros au titre de l'année 2015.</p> <p>III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 000 millions d'euros au titre de l'année 2015.</p>	<p><b>TITRE III</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES</b></p> <p><b>Article 58</b></p> <p>I. – Non modifié</p> <p>II. – Non modifié</p> <p>III. – Le montant ...</p> <p>... fixé à un milliard d'euros au titre de l'année 2015.</p>	<p><b>TITRE III</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES</b></p> <p><b>Article 58</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
	<b>Article 59</b>	<b>Article 59</b>	<b>Article 59</b>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>professionnelles, les prestations accordées aux bénéficiaires de l'assurance prévue au présent chapitre comprennent, dans les conditions fixées aux articles suivants :</p>			
<p>1° La couverture :</p>			
<p>- des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation ;</p>			
<p>- des frais de fourniture, de réparation et de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie ;</p>			
<p>- des frais de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle et de reclassement professionnel ;</p>			
<p>- des frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et, d'une façon générale, des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle et la rééducation professionnelle ;</p>			
<p>2° Une indemnité journalière pour le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole pendant la période d'incapacité temporaire de travail ;</p>		<p>I A (<i>nouveau</i>). – Le 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :</p>	<p>(<i>Sans modification</i>)</p>
<p>3° Une rente en cas d'incapacité permanente de l'assuré et, en cas de mort du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou d'un assuré mentionné au II de l'article L. 752-1, une rente à ses ayants droit ;</p>		<p>« 2° Une indemnité journalière pour les chefs ou les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, les aides familiaux et les associés d'exploitation, pendant la période d'incapacité temporaire de travail ; » ;</p>	
<p>4° La couverture des frais funéraires de la victime.</p>			
<p>Pour l'application du présent chapitre, les</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>exploitants et les membres non salariés de toute société mentionnés au 5° de l'article L. 722-10 sont considérés comme chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.</p> <p>Art. L. 752-5. – Une indemnité journalière est attribuée au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, à l'expiration d'un délai déterminé par décret suivant le point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute prévu aux articles L. 443-1 et L. 443-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Cette indemnité est</p>	<p>I. – L'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 752-5. – Bénéficient d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, de continuer ou de reprendre le travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle :</p> <p>« 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 ;</p> <p>« 2° Les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 ;</p> <p>« 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10.</p> <p>« Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai, déterminé par décret suivant le point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute prévu aux articles L. 443-1 et L. 443-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>« L'indemnité est</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 752-5. – Bénéficient d'indemnités journalières pendant la période d'incapacité temporaire de travail :</p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Non modifié</p> <p>« 3° Non modifié</p> <p>« Les ...</p> <p>... décret, à compter du point ...</p> <p>... prévu au chapitre III du titre IV du livre IV du code de la sécurité sociale.</p> <p>Alinéa sans</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Elle est majorée à l'issue d'une période d'incapacité fixée par décret. Elle est incessible et insaisissable.</p>	<p>égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale. Elle est majorée à l'issue d'une période d'incapacité fixée par décret. Elle est incessible et insaisissable. »</p>	<p>modification</p>	
	<p>II. – L'attribution d'indemnités journalières aux personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable aux arrêts de travail prescrits à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p>	<p>II. – Non modifié</p>	
	<p><b>Article 60</b></p>	<p><b>Article 60</b></p>	<p><b>Article 60</b></p>
	<p>Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :</p>	<p>(<i>Sans modification</i>)</p>	<p>(<i>Sans modification</i>)</p>
	<p>1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;</p>		
	<p>2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,1 milliards d'euros.</p>		
	<p><b>TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE</b></p>	<p><b>TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE</b></p>	<p><b>TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE</b></p>
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>		<p><b>Article 61 A (<i>nouveau</i>)</b></p>	<p><b>Article 61 A</b></p>
<p>Art. L. 521-1. – Les allocations familiales sont dues à partir du deuxième enfant à charge.</p>		<p>I. – L'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :</p>	<p><i>Supprimé</i></p>
<p>Une allocation forfaitaire par enfant d'un montant fixé par décret est</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>versée pendant un an à la personne ou au ménage qui assume la charge d'un nombre minimum d'enfants également fixé par décret lorsque l'un ou plusieurs des enfants qui ouvraient droit aux allocations familiales atteignent l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Cette allocation est versée à la condition que le ou les enfants répondent aux conditions autres que celles de l'âge pour l'ouverture du droit aux allocations familiales.</p>		<p>—</p> <p>« Le montant des allocations mentionnées aux deux premiers alinéas du présent article, ainsi que celui des majorations mentionnées à l'article L. 521-3, varient en fonction des ressources du ménage ou de la personne qui a la charge des enfants, selon un barème défini par décret.</p> <p>« Le montant des allocations familiales varie en fonction du nombre d'enfants à charge.</p> <p>« Les niveaux des plafonds de ressources sont révisés conformément à l'évolution annuelle de l'indice des prix à la consommation hors tabac.</p> <p>« Un complément dégressif à l'allocation est versé lorsque les ressources du bénéficiaire dépassent l'un des plafonds, dans la limite de montants définis par décret. Les modalités de calcul de ces montants et celles du complément dégressif sont définies par décret. »</p> <p>II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2015.</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 531-2. – La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption.</p>	<p><b>Article 61</b></p>	<p><b>Article 61</b></p>	<p><b>Article 61</b></p>
<p>La date de versement de cette prime est fixée par décret.</p>	<p>À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « montant de la prime », sont insérés les mots : « varie selon le rang de l'enfant au sein du foyer qui en a la charge. Il ».</p>	<p><i>Supprimé</i></p>	<p><i>Suppression maintenue</i></p>
<p>Le plafond de ressources varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule.</p>			
<p>Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 135-2. – Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes :</p> <p>1° Le financement des allocations mentionnées :</p> <p>- au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ;</p> <p>- au chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre VIII ;</p> <p>- à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;</p> <p>2° Une partie, fixée par la loi de financement de la sécurité sociale, des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée</p>	<p><b>Article 62</b></p> <p>Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 54,6 milliards d'euros.</p> <p><b>TITRE V</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES</b></p> <p><b>Article 63</b></p> <p>I. – Au début du 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « Une partie, fixée par la loi de financement de la sécurité sociale, » sont remplacés par les mots : « Une fraction, fixée par décret, qui ne peut être inférieure à 50%, ».</p>	<p><b>Article 62</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p> <p><b>TITRE V</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES</b></p> <p><b>Article 63</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>	<p><b>Article 62</b></p> <p>Pour ...</p> <p>... fixés à 55 milliards d'euros.</p> <p><b>TITRE V</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES</b></p> <p><b>Article 63</b></p> <p>I. – <i>Supprimé</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
à l'article L. 351-10 ;	<p>II. – Le I s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.</p> <p>III. – Pour l'année 2015, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2<sup>o</sup> de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour le régime social des indépendants.</p>	<p><b>Article 64</b></p> <p>Cf. Annexe 1</p> <p><i>(Sans modification)</i></p> <p><b>TITRE VI</b>  <b>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</b></p> <p><b>Article 65 A (nouveau)</b></p> <p>I. – Les missions et les activités de développement, de production, de support et de pilotage local des centres régionaux de traitement informatique, du service commun des caisses d'allocations familiales de la région parisienne et des centres nationaux d'études et de développement informatique de la branche Famille du régime général</p>	<p>II. – <i>Supprimé</i></p> <p>III. – Non modifié</p> <p><b>Article 64</b></p> <p>Cf. Annexe 1</p> <p><i>(Sans modification)</i></p> <p><b>TITRE VI</b>  <b>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</b></p> <p><b>Article 65 A</b></p> <p><i>(Sans modification)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 114-17. – I. – Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, au titre de toute prestation servie par l'organisme concerné :</p> <p>1° L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations ;</p> <p>2° L'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations ;</p> <p>3° L'exercice d'un travail dissimulé, constaté dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, par le bénéficiaire de prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité ;</p> <p>4° Les agissements</p>	<p><b>Article 65</b></p> <p>L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le I est ainsi modifié :</p> <p>a) Après le 4°, il est</p>	<p>sont transférées à la Caisse nationale des allocations familiales à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015.</p> <p>II. – Les droits, biens et obligations des organismes accomplissant les missions et les activités mentionnées au I sont transférés à la Caisse nationale des allocations familiales au 1<sup>er</sup> juillet 2015.</p> <p>III. – Les centres régionaux de traitement informatique mentionnés au I sont dissous le 30 juin 2015.</p> <p><b>Article 65</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>a) Alinéa sans</p>	<p><b>Article 65</b></p> <p>I. – Non modifié</p>

Texte en vigueur —	Texte du projet de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Propositions de la commission —
<p>visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations servies par un organisme mentionné au premier alinéa, même sans en être le bénéficiaire.</p> <p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Cette limite est doublée en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera</p>	<p>inséré un 5° ainsi rédigé :</p> <p>« 5° Les actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées par les agents mentionnés au présent article, <u>en application de l'article L. 114-10</u>, visant à refuser l'accès à une information formellement sollicitée, ne pas répondre ou apporter une réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant des caisses d'allocation familiales et des caisses d'assurance retraite et de santé au travail, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête. » ;</p> <p>b) Au sixième, devenu septième alinéa, après la phrase : « Cette limite est doublée en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. », il est inséré la phrase suivante :</p> <p>« Tout manquement réalisé en application du présent article et ayant donné lieu à une sanction devenue définitive peut constituer le premier terme de récidive d'un nouveau manquement mentionné au présent article. » ;</p>	<p>modification</p> <p>« 5° Les ...</p> <p>... exercées, en application de l'article L. 114-10, par les agents mentionnés au présent article, visant ...</p> <p>... enquête. » :</p> <p>b) Après la deuxième phrase du sixième alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Tout fait ayant donné lieu à une sanction devenue définitive en application du présent article peut constituer le premier terme de récidive d'un nouveau manquement sanctionné par le présent article. » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>récupérée sur les prestations à venir.</p>			
<p>La personne concernée peut former, dans un délai fixé par voie réglementaire, un recours gracieux contre cette décision auprès du directeur. Ce dernier statue après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme. Cette commission apprécie la responsabilité de la personne concernée dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant. L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.</p>			
<p>La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. La pénalité ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, des articles L. 262-52 ou L. 262-53 du code de l'action sociale et des familles.</p>			
<p>En l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. Le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées sur la mise en demeure.</p>			
<p>La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales, des articles L. 553-2 et L. 835-3 du présent code, de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance vieillesse, des articles L. 355-2 et L. 815-10 du présent code.</p>			
<p>Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.</p>			
<p>Les modalités d'application du présent I sont fixées par décret en Conseil d'État.</p>			
<p>II. – Lorsque l'intention de frauder est établie, le montant de la pénalité ne peut être inférieur à un dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale. En outre, la limite du montant de la pénalité prévue au I du présent article est portée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas d'une fraude commise en bande</p>	<p>2° À la première phrase du II, le mot : « dixième » est remplacé par le mot : « trentième ».</p>	<p>2° Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>organisée au sens de l'article 132-71 du code pénal, cette limite est portée à huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>Art. L. 114-18. – Toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ou de payer les cotisations et contributions dues, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 euros ou de l'une de ces deux peines seulement.</p>	<p><b>Article 66</b></p> <p>I. – L'article L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale est ainsi</p>	<p>II (nouveau). – L'article L. 114-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Les mots : « six mois » sont remplacés par les mots : « deux ans » ;</p> <p>2° Le montant : « 15 000 euros » est remplacé par le montant : « 30 000 € » ;</p> <p>3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Toute personne qui refuse délibérément de s'affilier ou qui persiste à ne pas engager les démarches en vue de son affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale, en méconnaissance des prescriptions de la législation en matière de sécurité sociale, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 € <u>ou seulement de l'une de ces deux peines.</u> »</p> <p><b>Article 66</b></p> <p>I. – Alinéa sans</p>	<p>II. – Alinéa sans modification</p> <p>1° <i>Supprimé</i></p> <p>2° Non modifié</p> <p>3° Alinéa sans modification</p> <p>« Toute ...</p> <p>... de 30 000 €. »</p> <p><b>Article 66</b></p> <p>(Sans modification)</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 242-1-3. – Lorsqu'un redressement de cotisations ou de contributions sociales dues par un employeur est opéré par une union de recouvrement ou une caisse générale de sécurité sociale, ledit organisme, après paiement du redressement et transmission par l'employeur des déclarations de rémunérations individuelles auxquelles il est tenu, informe sans délai les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 de ce paiement afin que les droits des salariés concernés soient rectifiés.</p>	<p>rédigé :</p> <p>« Art. L. 242-1-3. – Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, ces organismes transmettent les informations nécessaires aux organismes mentionnés à l'article L. 215-1 afin que ces derniers procèdent à la rectification des droits des salariés concernés.</p> <p>« En cas de constat de travail dissimulé, au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification ne peut être réalisée qu'à compter du paiement du redressement. »</p>	<p>« Art. L. 242-1-3. – Lorsqu'un ...</p> <p>... nécessaires aux caisses mentionnées à l'article L. 215-1, afin que ces dernières procèdent ...</p> <p>... concernés.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	
<p><b>Code rural et de la pêche maritime</b></p>	<p>II. – La section 1 du chapitre V du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est complétée par un article L. 725-12-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 725-12-2. – Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par l'organisme mentionné à l'article L. 723-3 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, cet organisme procède à la rectification de leurs droits.</p> <p>« En cas de constat de travail dissimulé, au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, révélant une situation de collusion entre l'employeur et</p>	<p>II. – Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>son salarié, cette rectification ne peut être réalisée qu'à compter du paiement du redressement. »</p> <p>III. – Le présent article s'applique aux redressements notifiés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.</p>	<p>III. – Non modifié</p>	
<b>Code de la sécurité sociale</b>		<b>Article 67 (nouveau)</b>	<b>Article 67</b>
<p>Art. L. 114-12-1. – Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire, ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail, relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.</p>		<p>L'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>(Sans modification)</p>
<p>Ce répertoire est utilisé par ces organismes, notamment pour les échanges mentionnés à l'article L. 114-12 du présent code et pour ceux prévus, en application du présent code, avec les administrations fiscales.</p>			
<p>Les échanges d'informations et données relatives à ce répertoire peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Ces échanges peuvent notamment porter sur les montants des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa. Cette nouvelle fonctionnalité est mise en œuvre avant la fin de l'année 2012. Les traitements automatisés de</p>		<p>1° Les deuxième et troisième phrases du troisième alinéa sont supprimées ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et données échangées sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au répertoire défini au premier alinéa.</p>			
<p>Ont également accès aux données de ce répertoire :</p>			
<p>1° Les organismes de la branche recouvrement du régime général et le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale dans le cadre de l'exercice de leurs missions ;</p>			
<p>2° Les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale mentionnés aux articles L. 123-4 à L. 123-9 du code de l'action sociale et des familles.</p>			
<p>Le répertoire contient les données communes d'identification des individus, les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur rattachement à l'organisme qui leur sert les prestations ou avantages, à la nature de ces derniers, ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir.</p>		<p>2° Le septième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, il contient également le montant des prestations en espèces servies par les</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est l'identifiant utilisé.</p>	<p>Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine également les conditions d'identification des personnes qui ne disposent pas d'un numéro d'inscription au répertoire mentionné à l'avant-dernier alinéa.</p>	<p>organismes mentionnés au premier alinéa. »</p>	<p>(Sans modification)</p>
<p>Art. L. 133-4-2. –Le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable, est subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions des articles L. 8221-1 et L. 8221-2 du code du travail.</p>	<p>Lorsque l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du même code est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-7 à L. 8271-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des</p>	<p><b>Article 68 (nouveau)</b></p> <p>Au premier alinéa de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable » sont supprimés.</p>	<p><b>Article 68</b></p>

<b>Texte en vigueur</b>	<b>Texte du projet de loi</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale</b>	<b>Propositions de la commission</b>
<p>réductions ou exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au premier alinéa du présent article et pratiquées au cours d'un mois civil, lorsque les rémunérations versées ou dues à un ou des salariés dissimulés au cours de ce mois sont au moins égales à la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-3 du même code.</p> <p>Lorsque les rémunérations dissimulées au cours du mois sont inférieures à la rémunération mensuelle minimale mentionnée au deuxième alinéa, l'annulation est réduite à due proportion en appliquant aux réductions ou exonérations de cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale.</p>			
<p><b>Code du travail</b></p>		<p><b>Article 69 (nouveau)</b></p>	<p><b>Article 69</b></p>
<p>Art. L. 8224-2. – Le fait de méconnaître les interdictions définies à l'article L. 8221-1 par l'emploi dissimulé d'un mineur soumis à l'obligation scolaire est puni d'un emprisonnement de cinq ans et d'une amende de 75 000 euros.</p>		<p>I. – Le code du travail est ainsi modifié :</p> <p>1° Après le premier alinéa de l'article L. 8224-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Le fait de méconnaître les interdictions définies au même article L. 8221-1 en commettant les faits à l'égard de plusieurs personnes ou d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur est puni</p>	<p>(Sans modification)</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Le fait de méconnaître les interdictions définies aux 1° et 3° du même article L. 8221-1 en commettant les faits en bande organisée est puni de dix ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende.</p>	<p>Art. L. 8234-1. – Le fait de commettre le délit de marchandage, défini par l'article L. 8231-1, est puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30 000 euros.</p>	<p>d'un emprisonnement de cinq ans et d'une amende de 75 000 €. » ;</p>	
<p>Art. L. 8243-1. – Le fait de procéder à une opération de prêt illicite de main-d'oeuvre en méconnaissance des dispositions de l'article L. 8241-1, est puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30 000 euros.</p>		<p>2° Après le premier alinéa des articles L. 8234-1 et L. 8243-1, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :</p>	
<p><b>Code de la sécurité sociale</b></p>		<p>« Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 € d'amende :</p>	
		<p>« 1° Lorsque l'infraction est commise à l'égard de plusieurs personnes ;</p>	
		<p>« 2° Lorsque l'infraction est commise à l'égard d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur. »</p>	
		<p>II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
		<p>1° La section 2 ter du chapitre III bis du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par un</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 243-7-7. – Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 ou dans le cadre de l'article L. 243-7-5 du présent code est majoré de 25 % en cas de constat de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail.</p>		<p>article L. 133-6-8-4 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 133-6-8-4. – Le travailleur indépendant qui a opté pour l'application de l'article L. 133-6-8 est tenu de dédier un compte ouvert dans un des établissements mentionnés à l'article L. 123-24 du code de commerce à l'exercice de l'ensemble des transactions financières liées à son activité professionnelle. » ;</p> <p>2° Après le premier alinéa de l'article L. 243-7-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« La majoration est portée à 40 % dans les cas mentionnés à l'article L. 8224-2 du code du travail. »</p>	
<p>Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>			



## ANNEXE 1

### TABLEAUX FIGURANT DANS LES ARTICLES DU PROJET DE LOI

**Texte du projet de loi**

**Projet de loi de financement de la  
sécurité sociale pour 2015**

**Article 1<sup>er</sup>**

Au titre de l'exercice 2013, sont approuvés :

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	182,2	189,1	-6,9
Vieillesse	212,2	215,8	-3,6
Famille	54,9	58,2	-3,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,8	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	449,8	462,9	-13,1

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	158,0	164,8	-6,8
Vieillesse	111,4	114,6	-3,1
Famille	54,6	57,8	-3,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	11,3	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	324,0	336,5	-12,5

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Projet de loi de financement de la  
sécurité sociale pour 2015**

**Article 1<sup>er</sup>**

*(Sans modification)*

**Propositions de la commission**

**Projet de loi de financement de la  
sécurité sociale pour 2015**

**Article 1<sup>er</sup>**

*(Sans modification)*

**Texte du projet de loi**

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,8	19,7	-2,9

**Article 3**

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

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

**Article 5**

I. - Au titre de l'année 2014, sont rectifiés :

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	186,4	193,8	-7,4
Vieillesse	218,1	219,9	-1,7
Famille	56,2	59,1	-2,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,2	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	461,2	472,9	-11,7

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Article 3**

(Sans modification)

**Article 5**

(Sans modification)

**Propositions de la commission**

**Article 3**

(Sans modification)

**Article 5**

(Sans modification)

**Texte du projet de loi**

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	161,4	168,8	-7,3
Vieillesse	115,1	116,7	-1,6
Famille	56,2	59,1	-2,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	11,8	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	332,7	344,3	-11,7

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,9	20,6	-3,7

**Article 6**

Au titre de l'année 2014, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	80,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,5
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,5

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Article 6**

*(Sans modification)*

**Propositions de la commission**

**Article 6**

*(Sans modification)*

**Texte du projet de loi**

Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,0
Autres prises en charge	1,7
Total	178,3

**Article 24**

Pour l'année 2015, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévision sde recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	191,0	198,0	-7,0
Vieillesse	222,7	224,0	-1,3
Famille	52,4	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	466,2	476,6	-10,3

**Article 25**

Pour l'année 2015, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

(en milliards d'euros)

	Prévision sde recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	166,7	173,6	-6,9
Vieillesse	119,4	120,9	-1,5
Famille	52,4	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,3	12,1	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	338,1	348,6	-10,5

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Article 24**

(Sans modification)

**Article 25**

(Sans modification)

**Propositions de la commission**

**Article 24**

Alinéa sans modification

(en milliards d'euros)

	Prévision sde recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	191,0	197,0	-6,0
Vieillesse	222,7	224,0	-1,3
Famille	52,4	55	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	466,2	476,0	-9,9

**Article 25**

Alinéa sans modification

(en milliards d'euros)

	Prévision sde recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	166,7	172,8	-6,1
Vieillesse	119,4	120,9	-1,5
Famille	52,4	55	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,3	12,1	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	338,1	348,2	-10,1

**Texte du projet de loi**

**Article 26**

I. – Pour l'année 2015, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévision sde recettes	Prévision sde dépendances	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,6	19,6	-2,9

II. – Pour l'année 2015, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 13,1 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2015, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

IV. – Pour l'année 2015, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes	0
Total	0

**Article 27**

I. – Sont habilités en 2015 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Article 26**

*(Sans modification)*

**Propositions de la commission**

**Article 26**

*(Sans modification)*

**Article 27**

*(Sans modification)*

**Article 27**

*(Sans modification)*

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

(en millions d'euros)

	Montants limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	36 300
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	3 700
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	600
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	1 050
Caisse nationale des industries électriques et gazières	200
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	400
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	15

II. – Le montant maximal des ressources non permanentes fixé au I du présent article pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être majoré par décret dans la limite du montant fixé pour la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole au même I compte tenu des dispositions de la convention mentionnée à l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale liant ces deux organismes.

**Texte du projet de loi**

**Article 55**

Pour l'année 2015, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	83,0
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	20,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,2
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,6
<b>Total</b>	<b>182,3</b>

**Article 64**

Pour l'année 2015, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,6

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Article 55**

*(Sans modification)*

**Article 64**

*(Sans modification)*

**Propositions de la commission**

**Article 55**

Alinéa sans modification

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	82,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	20,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,2
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,6
<b>Total</b>	<b>181,3</b>

**Article 64**

*(Sans modification)*



## ANNEXE 2 RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI

### Texte du projet de loi

#### Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015

#### ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA  
SITUATION PATRIMONIALE AU  
31 DÉCEMBRE 2013 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 A LEUR  
PROFIT ET DÉCRIVANT LES  
MESURES PRÉVUES POUR  
L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS  
ET LA COUVERTURE DES  
DÉFICITS CONSTATS POUR  
L'EXERCICE 2013

#### I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2013

*(en milliards d'euros)*

ACTIF	2013 (net)	2012 (net)
<b>Immobilisations</b>	<b>7,7</b>	<b>6,8</b>
Immobilisations non financières .....	4,3	4,1
Prêts, dépôts de garantie	2,5	1,8
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9
<b>Actif financier</b>	<b>55,4</b>	<b>57,7</b>
<b>Valeurs mobilières et titres de placement</b>	<b>48,3</b>	<b>46,8</b>
Régime général	0,5	0,0
Autres régimes	6,9	7,3
CADES	7,1	5,6
FRR	33,9	33,8
<b>Encours bancaire</b>	<b>6,7</b>	<b>10,4</b>
Régime général	1,5	2,6
Autres régimes	1,8	1,5
FSV	1,0	0,8

### Texte adopté par l'Assemblée nationale

#### Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015

#### ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA  
SITUATION PATRIMONIALE AU  
31 DÉCEMBRE 2013 DES RÉGIMES  
OBLIGATOIRES DE BASE ET DES  
ORGANISMES CONCOURANT À  
LEUR FINANCEMENT, À  
L'AMORTISSEMENT DE LEUR  
DETTE OU A LA MISE EN  
RÉSERVE DE RECETTES À LEUR  
PROFIT ET DÉCRIVANT LES  
MESURES PRÉVUES POUR  
L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS  
ET LA COUVERTURE DES  
DÉFICITS CONSTATS POUR  
L'EXERCICE 2013

*(Sans modification)*

### Propositions de la commission

#### Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015

#### ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA  
SITUATION PATRIMONIALE AU  
31 DÉCEMBRE 2013 DES RÉGIMES  
OBLIGATOIRES DE BASE ET DES  
ORGANISMES CONCOURANT À  
LEUR FINANCEMENT, À  
L'AMORTISSEMENT DE LEUR  
DETTE OU A LA MISE EN  
RÉSERVE DE RECETTES À LEUR  
PROFIT ET DÉCRIVANT LES  
MESURES PRÉVUES POUR  
L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS  
ET LA COUVERTURE DES  
DÉFICITS CONSTATS POUR  
L'EXERCICE 2013

*(Sans modification)*

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

CADES	0,2	3,0
FRR	2,2	2,4
<b>Créances nettes au titre des instruments financiers</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>
CADES	0,2	0,2
FRR	0,2	0,3
<b>Actif circulant</b>	<b>63,7</b>	<b>64,0</b>
Créances de prestations	7,6	7,4
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	9,2	9,3
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	35,5	35,5
Créances sur entités publiques	9,0	8,4
Produits à recevoir de l'État	0,5	0,6
Autres actifs	1,8	2,9
<b>Total de l'actif</b>	<b>126,8</b>	<b>128,5</b>

*(en milliards d'euros)*

<b>PASSIF</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>
<b>Capitaux propres</b>	<b>-110,9</b>	<b>-107,2</b>
<b>Dotations</b>	<b>30,9</b>	<b>32,8</b>
Régime général	0,6	0,6
Autres régimes	4,2	4,0
Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	26,0	28,1
<b>Réserves</b>	<b>10,3</b>	<b>9,1</b>
Régime général	2,6	2,5
Autres régimes	5,5	5,7
FRR	2,2	0,9
<b>Report à nouveau</b>	<b>-152,6</b>	<b>-145,8</b>
Régime général	-4,3	4,1
Autres régimes	-3,0	-1,5
CADES	-145,4	-148,3
<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>-1,6</b>	<b>-5,9</b>
Régime général	-12,5	-13,3
Autres régimes	-0,6	-1,7
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	-2,9	-4,1
CADES	12,4	11,9
FRR	1,9	1,3
<b>Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FFR en valeur de marché)</b>	<b>2,1</b>	<b>2,4</b>
<b>Provisions pour risques et charges</b>	<b>20,4</b>	<b>19,9</b>
<b>Passif financier</b>	<b>173,4</b>	<b>173,9</b>

## Texte du projet de loi

## Texte adopté par l'Assemblée nationale

## Propositions de la commission

<b>Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)</b>	<b>159,8</b>	<b>162,3</b>
Régime général	20,5	16,9
CADES	139,3	145,4
<b>Dettes à l'égard d'établissements de crédits</b>	<b>11,2</b>	<b>7,4</b>
ACOSS (prêts CDC)	3,0	—
Régime général (ordres de paiement en attente)	4,6	4,0
Autres régimes	2,6	2,3
CADES	1,0	1,0
<b>Dépôts reçus</b>	<b>2,2</b>	<b>2,2</b>
ACOSS	2,2	2,2
<b>Autres</b>	<b>0,2</b>	<b>2,1</b>
Autres régimes	0,1	0,1
CADES	0,1	2,0
<b>Passif circulant</b>	<b>43,8</b>	<b>42,0</b>
Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	20,0	19,8
Dettes à l'égard des cotisants	1,2	1,3
Dettes à l'égard d'entités publiques	8,7	8,5
Autres passifs	13,8	12,4
<b>Total du passif</b>	<b>126,8</b>	<b>128,5</b>

Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs qui représentent le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 110,9 milliards d'euros au 31 décembre 2013, soit l'équivalent de 5,4 points de PIB. Ce passif net, en hausse de 3,6 milliards d'euros par rapport à 2012, tend à se stabiliser après la forte dégradation consécutive à la crise économique des années 2008-2009, sous le triple effet de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV (16,0 milliards d'euros en 2013 contre 19,1 milliards d'euros en 2012), de l'augmentation de la capacité de remboursement de la CADES (12,4 milliards d'euros contre 11,9 milliards d'euros en 2012) et des résultats en hausse du FRR (1,9 milliard d'euros contre 1,3 milliard d'euros en 2012).

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

Le financement de ce passif est assuré à titre principal par l'endettement financier. Son montant net, qui correspond à la différence entre les dettes financières (essentiellement portées par la CADES et l'ACOSS) et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie (essentiellement par le FRR), s'établit donc à un niveau proche du passif net de la sécurité sociale et en suit les mêmes tendances si on tient compte par ailleurs des effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des opérations courantes des régimes (écart entre les sommes à encaisser sur cotisations et les sommes à décaisser sur prestations principalement) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui pèsent également sur la trésorerie. L'endettement financier net de la sécurité sociale a donc également évolué à un rythme ralenti par rapport aux années récentes et s'établit à 118,0 milliards d'euros au 31 décembre 2013, après 116,2 milliards d'euros à fin 2012.

*Évolution du passif net et de l'endettement financier net de la sécurité sociale depuis 2009*

	2009	2010	2011	2012	2013
Passif net au 31/12 (capitaux propres)	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9
variation N-1/N	-	-20,8	-13,5	-6,6	-3,6
Endettement financier net	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0
variation N-1/N	-	-19,7	-15,2	-5,0	-1,8

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

**II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2013**

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 12,5 milliards d'euros en 2013. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 6,8 milliards d'euros, la branche famille un déficit de 3,2 milliards d'euros et la branche vieillesse un déficit de 3,1 milliards d'euros, la branche accidents du travail et maladies

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

professionnelles ayant quant à elle dégagé, pour la première fois depuis 2008, un excédent qui s'est élevé à 0,6 milliard d'euros. Par ailleurs, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a enregistré un déficit de 2,9 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dès l'année 2011 des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive à compter de 2012 des déficits 2011 à 2018 de la branche vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total. Conformément aux dispositions organiques, la Caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

Même si la reprise des déficits de la branche vieillesse et du FSV reste prioritaire, compte tenu des marges rendues disponibles par les différentes mesures prises en matière de redressement financier de ceux-là, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a intégré les déficits 2012 à 2018 des branches maladie et famille dans le champ de la reprise prévue par la LFSS pour 2011, sans modification des plafonds initiaux de reprise ni de l'échéance d'amortissement des déficits, qui demeure estimée par la CADES à 2024. Dans ce cadre, les déficits 2012 de la branche maladie (5,9 milliards d'euros) ont été repris en 2014 à hauteur de 4 milliards d'euros.

Par ailleurs, les excédents de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au titre de 2013 ont été affectés à la réduction des déficits cumulés passés, dont le montant est ainsi réduit de 2,4 à 1,7 milliard d'euros.

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre.

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles à l'exception de la branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires et des marins), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État), équilibrés par ces derniers, et enfin du régime social des indépendants dont les déficits sont couverts par une affectation à due proportion du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2013 des résultats déficitaires. S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'est élevé à 0,6 milliard d'euros (contre 1,0 milliard d'euros en 2012), portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 à 2,6 milliards d'euros. Le PLFSS prévoit que ce déficit pourra, à l'avenir, être financé par des avances rémunérées de trésorerie par l'ACOSS qui viendront compléter les financements bancaires auxquels a recours jusqu'ici la CCMSA pour couvrir ces déficits cumulés.

Concernant la Caisse nationale de retraites des collectivités locales (CNRACL), le déficit comptable s'est dégradé légèrement en 2013, à 0,1 milliard d'euros, alors qu'elle était proche de l'équilibre en 2012. Compte tenu de la non reconduction en 2013 des recettes du prélèvement exceptionnel de 0,7 milliard d'euros effectué sur les réserves de plusieurs fonds finançant des prestations au bénéfice des agents des collectivités locales prévu par la loi de financement pour 2012, cette évolution traduit en fait une amélioration de près de 0,6 milliard d'euros de l'équilibre du régime à la suite d'une hausse des taux de cotisations intervenue en 2013, qui sera reconduite en 2014.

**Texte du projet de loi**

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 0,2 milliard d'euros en 2013, portant son montant cumulé à 0,9 milliard d'euros en fin d'année. Dans le contexte d'une limitation des concours financiers de la Caisse des dépôts et consignations, partenaire financier historique de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a étendu jusqu'en 2017 les dispositions de la LFSS pour 2013 prévoyant la faculté d'un recours à des avances de trésorerie de l'ACOSS à hauteur de 250 millions d'euros, en complément des financements procurés par la Caisse.

**ANNEXE B**

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse pour la période 2015-2018. Cette évolution s'inscrit dans le cadre de l'objectif d'un retour progressif à l'équilibre des comptes des régimes de sécurité sociale. D'ici 2018, le déficit global du régime général et du FSV devrait être divisé par près de 5 par rapport à 2014. Il se limiterait en effet à 2,9 milliards d'euros.

En milliards d'euros

	2014	2015	2016	2017	2018
Solde régime général et FSV	-15,4	-13,4	-10,3	-5,7	-2,9
Solde tous régimes et FSV	-15,4	-13,3	-10,2	-6,1	-4,0

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**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)*

**Propositions de la commission**

**ANNEXE B**

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

*(Sans modification)*

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

Dans un environnement économique caractérisé par les incertitudes sur la reprise de l'activité en zone euro, ce redressement de la trajectoire financière des régimes s'appuiera sur la poursuite de l'action ambitieuse de régulation des dépenses menée depuis 2012. Cette action reposera sur une maîtrise accrue du rythme d'évolution des dépenses d'assurance maladie et sur la poursuite des adaptations des règles d'attribution des prestations versées par la branche famille. Elle bénéficie par ailleurs des effets attendus de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Par ailleurs les modalités de compensation des mesures centrales prises dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité permettront de ne pas affecter globalement les recettes de la sécurité sociale.

**I. - Un environnement économique caractérisé par les incertitudes sur la reprise de l'activité dans la zone euro.**

Les projections pluriannuelles de recettes et de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse reposent, pour l'exercice 2014, sur une prévision de croissance de l'activité de 0,4 %. Cette prévision tient compte de la faible croissance de l'activité constatée dans la zone euro au 1<sup>er</sup> semestre 2014, après un exercice 2013 marqué par une amélioration des perspectives conjoncturelles. La masse salariale du secteur privé, principale source de financement des régimes, augmenterait de 1,6 % sur l'année en cours.

Pour l'année 2015, l'évolution des soldes des régimes de sécurité sociale et du FSV retient comme sous-jacent une prévision de croissance du PIB de 1 %, légèrement plus prudente que celle du « *Consensus Forecasts* » de septembre (1,1 % de croissance de l'activité en 2015). L'hypothèse de masse salariale associée à cette prévision de croissance de l'activité

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

s'élève à 2 % pour le prochain exercice.

Au-delà de 2015, la poursuite du redressement de la trajectoire des comptes sociaux bénéficiera de l'accélération progressive des principaux agrégats économiques, sous le double effet du déploiement du pacte de compétitivité (crédit d'impôt compétitivité emploi) et de la mise en œuvre du pacte de responsabilité adopté dans le cadre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 du 8 août 2014. Le renforcement des allègements généraux de cotisations sociales et la baisse du taux des cotisations familiales pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC dès 2015 permettront de soutenir l'emploi et l'investissement. Le volet solidarité du pacte, qui reposera sur un allègement de l'impôt sur le revenu pour les foyers modestes imposables, contribuera par ailleurs à soutenir la consommation des ménages.

Cette accélération de la croissance de l'activité à compter de 2016 permettra un retour à des niveaux de progression soutenue de la masse salariale du secteur privé (3,5 % en 2016 et 4,2 % en 2017-2018), favorisant ainsi le retour vers l'équilibre des comptes sociaux à cet horizon de moyen terme.

**Principales hypothèses retenues**

(en %)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PIB (volume)	0,30	0,40	1,00	1,70	1,85	1,85
Masse salariale privée	1,20	1,60	2,00	3,50	4,20	4,20
Masse salariale publique	1,10	1,50	1,10	1,10	1,10	1,10
Inflation	0,70	0,50	0,90	1,40	1,75	1,75

Conformément à la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012, l'ensemble de ces prévisions économiques ont été soumises au Haut conseil des finances publiques, qui s'est prononcé sur la sincérité des hypothèses

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

retenues ainsi que sur leur cohérence avec nos engagements européens.

**II. Un redressement des comptes sociaux assis, en cohérence avec la stratégie des finances publiques de la France, sur un effort d'économies en dépenses.**

**1. Un ONDAM fixé à 2 % en moyenne.**

Les réformes en matière de gouvernance et de pilotage de l'ONDAM ont permis de respecter ou d'être en deçà de l'objectif initial voté chaque année en LFSS. Les estimations présentées dans la CCSS de septembre 2014 font finalement état d'une sous-consommation de l'ONDAM 2013 de 1,7 milliard d'euros après prise en compte du dénouement des provisions.

À côté des réformes structurelles mises en œuvre, la mise en réserve d'une partie des moyens de l'ONDAM, en début d'année, à hauteur de 0,3 % au minimum de l'objectif voté, a contribué à ce résultat et a fait la preuve de son efficacité en matière de pilotage de dépenses d'assurance maladie. Cette disposition, introduite dans les lois de programmation des finances publiques précédentes, s'est avérée efficace et correctement calibrée et il est ainsi proposé de la reconduire sur les exercices à venir.

Ainsi, les gels infra-annuels réalisés sur l'ONDAM 2014 contribueront, avec les mesures proposées en partie rectificative de la présente loi, à sécuriser l'exécution de l'objectif tel que prévu en LFSS rectificative, malgré l'augmentation attendue sur les soins de ville liée à l'introduction sur le marché du nouveau traitement destiné aux patients atteints du VHC.

Dans le cadre de la stratégie globale des finances publiques, l'ONDAM verra par ailleurs son taux d'évolution abaissé à 2 % en moyenne sur la période 2015-2017, soit un effort global d'économie de 10 milliards

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

d'euros sur trois ans. En 2015, les dépenses dans le champ de l'ONDAM seront contenues en évolution de 2,1 % par rapport à l'objectif 2014. Le respect de cet objectif nécessitera un effort inédit d'économies, de 3,2 milliards d'euros, afin de compenser une évolution tendancielle des dépenses de 3,9 %.

Cette trajectoire suppose de poursuivre et d'accroître l'effort d'économies structurelles sur le champ de l'assurance maladie, mais également de garantir un pilotage renforcé de son exécution, sans diminuer la qualité des soins, ni augmenter le reste à charge des assurés et avec l'objectif de préserver l'innovation et l'accès de tous aux soins les plus efficaces.

Le plan d'économies qui structure le déploiement de la stratégie nationale de santé s'articulera autour de 4 axes.

Le premier axe vise le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière, qui passe notamment par des mutualisations qui pourront s'appuyer sur les nouveaux groupements hospitaliers territoriaux et des économies sur les achats hospitaliers, où des marges très importantes demeurent. En cohérence avec ces actions, portées en partie dans la loi de santé, les outils à disposition des agences régionales de santé en matière de supervision financière des établissements de santé en difficulté seront renforcés.

Le deuxième axe est le virage ambulatoire qui sera opéré dans les établissements hospitaliers. Une accélération de la diffusion de la chirurgie ambulatoire sera naturellement le pivot de cette transformation d'ensemble qui vise à une meilleure articulation entre ville et hôpital. D'autres actions seront menées : développement de l'hospitalisation à domicile, amélioration de la prise en charge en sortie d'établissement, optimisation du parcours pour certaines

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

pathologie ou populations.

Le troisième axe concerne les produits de santé. Au-delà des mesures de maîtrise des prix, un accent particulier sera placé sur le développement des médicaments génériques afin de lever les derniers freins à une diffusion plus large, génératrice d'économies importantes.

Le dernier axe vise à améliorer la pertinence du recours à notre système de soins dans toutes ses composantes : réduction des actes inutiles ou redondants que ce soit en ville ou en établissements de santé, maîtrise du volume de prescription des médicaments et lutte contre la iatrogénie, optimisation des transports de patients... Ces actions seront déclinées dans le programme national de gestion du risque qui est instauré par le projet de loi de santé.

Ces économies nécessaires pour assurer la pérennité de l'assurance maladie seront néanmoins accompagnées de mesures garantissant l'accès aux soins des populations précaires. Ainsi est-il notamment prévu d'étendre le dispositif de tiers-payant intégral déjà pratiqué pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS).

**2. Les trajectoires des régimes d'assurance vieillesse reflètent l'effet des mesures de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.**

L'évolution des dépenses d'assurance vieillesse des régimes de base serait de 2,3 % en moyenne sur la période 2014-2017.

Cette évolution tient compte de l'effet des réformes adoptées dans le cadre de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et notamment l'évolution progressive de la durée

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein. Ces mesures visent à faire face, de manière responsable, au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie. Elles s'accompagnent de mesure de solidarité pour les publics les plus fragiles susceptibles de connaître des carrières heurtées, à l'image des mères de famille qui ne seront plus pénalisées par les interruptions occasionnées par leur congé maternité.

En 2015, les dépenses d'assurance vieillesse connaissent par ailleurs une évolution modérée due au faible niveau d'inflation, la règle de revalorisation des pensions étant en effet construite sur la base de l'évolution des prix afin de garantir le pouvoir d'achat des retraités.

**3. La branche famille contribuera également à l'effort de maîtrise de la dépense publique**

Les dépenses de la branche famille sont affectées par un changement de périmètre en 2015 correspondant au transfert à la charge de l'État de la part de l'aide personnalisée au logement actuellement financée par la branche famille. Conjugué aux autres mesures décrites ci-dessous ce transfert (soit 4,7 milliards) couvrira les mesures de baisses des cotisations sociales et de la C3S mises en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2015 par la loi de financement rectificative du 8 août 2014 dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité.

Hormis cet effet, les trajectoires de dépenses de la branche présentent un volet d'économies à venir sur les prestations de la branche famille. Ces dispositions permettront d'infléchir significativement le rythme moyen d'évolution des dépenses : il aurait été de 2 % par an en l'absence des mesures prévues en loi de financement et sera ramené à 1,3 % suite aux mesures prises et en neutralisant le transfert du financement de l'APL à l'État.

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

L'impact de ces mesures d'économies – rendues nécessaire par l'impératif de redressement de la branche famille – sur les ménages sera compensé par les mesures prévues dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2014 qui a augmenté le pouvoir d'achat des ménages de près d'1,3 milliards d'euros. Cette mesure, qui prend la forme d'une réduction d'impôt de 350 euros pour un célibataire et 700 euros pour un couple, s'impute automatiquement sur l'impôt sur le revenu dû par les contribuables. Le Gouvernement poursuit en 2015 l'allègement de l'impôt sur le revenu des ménages modestes, en supprimant la première tranche d'imposition. Cette mesure bénéficiera à 6 millions de ménages supplémentaires, pour un coût d'un peu plus de 3 milliards d'euros.

**III. – Dans le cadre de la compensation à la sécurité sociale du pacte de responsabilité et de solidarité, des recettes nouvelles seront affectées à la sécurité sociale, sans impact sur le niveau des prélèvements obligatoires.**

Conformément aux engagements pris par le Gouvernement à l'occasion de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour 2014, les mesures présentées dans le cadre des lois financières pour 2015 permettront de compenser intégralement la perte de recettes induite par la mise en œuvre du pacte de responsabilité pour les organismes de sécurité sociale, soit 6,3 milliards d'euros et d'affecter conformément aux engagements pris à l'occasion des débats sur la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites l'équivalent du produit de la fiscalisation des majorations de pensions.

Cette compensation intégrale prévue par les lois financières se traduit notamment par le transfert évoqué *supra* de la totalité des aides personnelles au logement au budget de l'État, ainsi que par une réaffectation de recettes à la sécurité sociale (en particulier l'affectation du prélèvement de

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Propositions de la commission**

solidarité à la CNAMTS). Cette compensation sera sans impact sur le niveau global des prélèvements obligatoires, le financement des mesures du pacte de responsabilité étant assuré globalement par les efforts de maîtrise des dépenses sur l'ensemble du champ des administrations publiques.

Cette compensation s'appuiera également sur la réforme portée par ce projet de loi des modalités de prélèvement des cotisations et contributions sociales dues au titre des indemnités de congés payés lorsque celles-ci sont versées par des caisses de mutualisation de la gestion des congés. Cette mesure participera ainsi, pour l'exercice 2015, au financement du pacte de responsabilité et de solidarité..

**IV. Cette stratégie de maîtrise des déficits sociaux s'articule avec le schéma de reprise par la CADES adopté précédemment.**

Les financements déjà affectés à la Cades permettront en effet de reprendre sur la période l'ensemble des déficits de la CNAVTS et du FSV, mais aussi de transférer à la caisse le déficit 2012 de la branche famille, le reliquat du déficit 2012 de la branche maladie et une partie du déficit de cette même branche pour 2013. Ces transferts permettront de maîtriser l'évolution des besoins de trésorerie de l'ACOSS, qui bénéficie néanmoins d'un contexte favorable marqué par le niveau historiquement bas des taux d'intérêt.

**Recettes, dépenses et soldes du régime général**

(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Maladie</b>								
Recettes	148,2	155,0	158,0	161,4	166,7	172,5	179,0	185,1
Dépenses	156,8	160,9	164,8	168,8	173,6	178,3	182,7	186,4
Solde	-8,6	-5,9	-6,8	-7,3	-6,9	-5,8	-3,7	-1,4
<b>ATMP</b>								
Recettes	11,3	11,5	12,0	12,0	12,3	12,7	13,2	13,8
Dépenses	11,6	11,7	11,3	11,8	12,1	12,3	12,4	12,6
Solde	-0,2	-0,2	0,6	0,2	0,2	0,4	0,8	1,2
<b>Famille</b>								

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Propositions de la commission

Recettes	52,0	53,8	54,6	56,2	52,4	53,7	55,3	57,1
Dépenses	54,6	56,3	57,8	59,1	54,6	55,1	56,2	57,8
Solde	-2,6	-2,5	-3,2	-2,9	-2,3	-1,4	-0,9	-0,7

Veillesse

Recettes	100,5	105,5	111,4	115,1	119,4	124,2	129,0	133,2
Dépenses	106,5	110,2	114,6	116,7	120,9	124,7	128,5	133,7
Solde	-6,0	-4,8	-3,1	-1,6	-1,5	-0,5	0,4	-0,5

Toutes branches consolidées

Recettes	301,0	314,2	324,0	332,7	338,1	350,2	363,3	375,6
Dépenses	318,4	327,5	336,5	344,3	348,6	357,4	366,6	376,9
Solde	-17,4	-13,3	-12,5	-11,7	-10,5	-7,2	-3,3	-1,3

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
--	------	------	------	------	------	------	------	------

Maladie

Recettes	171,8	178,9	182,2	186,4	191,0	196,2	202,3	208,8
Dépenses	180,3	184,8	189,1	193,8	198,0	202,0	206,0	210,2
Solde	<b>-8,5</b>	<b>-5,9</b>	<b>-6,9</b>	<b>-7,4</b>	<b>-7,0</b>	<b>-5,8</b>	<b>-3,7</b>	<b>-1,4</b>

ATMP

Recettes	12,8	13,1	13,5	13,5	13,7	14,1	14,7	15,3
Dépenses	13,0	13,7	12,8	13,2	13,5	13,6	13,8	14,0
Solde	<b>-0,1</b>	<b>-0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,9</b>	<b>1,3</b>

Famille

Recettes	52,3	54,1	54,9	56,2	52,4	53,7	55,3	57,1
Dépenses	54,9	56,6	58,2	59,1	54,6	55,1	56,2	57,8
Solde	<b>-2,6</b>	<b>-2,5</b>	<b>-3,3</b>	<b>-2,9</b>	<b>-2,3</b>	<b>-1,4</b>	<b>-0,9</b>	<b>-0,7</b>

Veillesse

Recettes	194,6	203,4	212,2	218,1	222,7	229,5	236,5	243,4
Dépenses	202,5	209,5	215,8	219,9	224,0	229,9	236,5	245,0
Solde	<b>-7,9</b>	<b>-6,1</b>	<b>-3,6</b>	<b>-1,7</b>	<b>-1,3</b>	<b>-0,4</b>	<b>0,0</b>	<b>-1,6</b>

Toutes branches consolidées

Recettes	419,6	436,5	449,8	461,2	466,2	479,6	494,5	510,0
Dépenses	438,7	451,6	462,9	472,9	476,6	486,8	498,3	512,4
Solde	<b>-19,1</b>	<b>-15,1</b>	<b>-13,1</b>	<b>-11,7</b>	<b>-10,3</b>	<b>-7,2</b>	<b>-3,7</b>	<b>-2,4</b>

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble du Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
--	------	------	------	------	------	------	------	------

Recettes	14,1	14,7	16,8	16,9	16,6	16,8	17,3	17,9
Dépenses	17,5	18,8	19,7	20,6	19,6	19,8	19,7	19,5
Solde	<b>-3,4</b>	<b>-4,1</b>	<b>-2,9</b>	<b>-3,7</b>	<b>-2,9</b>	<b>-3,0</b>	<b>-2,4</b>	<b>-1,6</b>

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

**ANNEXE C**

ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES

**ANNEXE C**

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**

*(Sans modification)*

*(Sans modification)*

**Exercice 2015**

(en milliards d'euros)

	<b>Mala die</b>	<b>Vieill esse</b>	<b>Fami lle</b>	<b>AT- MP*</b>	<b>Régi mes de base</b>
Cotisations effectives	86,9	125,4	32,1	12,8	255,4
Cotisations prises en charge par l'État	1,5	1,5	0,6	0,1	3,6
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,5	0,0	0,3	39,4
Contribution sociale généralisée	64,9	0,0	10,9	0,0	75,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	31,4	19,1	8,0	0,1	58,5
Transferts	2,8	37,6	0,4	0,1	29,3
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	3,0	0,5	0,5	0,3	4,3
<b>Recettes</b>	<b>191,0</b>	<b>222,7</b>	<b>52,4</b>	<b>13,7</b>	<b>466,2</b>

\*Accidents du travail-maladies professionnelles

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants

**Texte du projet de loi****Texte adopté par l'Assemblée nationale****Propositions de la commission**

détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

**II. - Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale**

**Exercice 2015**

(en milliards d'euros)

	<b>Mala- die</b>	<b>Vieill- esse</b>	<b>Fami- lle</b>	<b>AT- MP</b>	<b>Régi- me géné- ral</b>
Cotisations effectives	77,4	74,7	32,1	11,9	194,2
Cotisations prises en charge par l'État	1,1	1,0	0,6	0,1	2,8
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	56,2	0,0	10,9	0,0	66,8
Impôts, taxes et autres contributions sociales	25,8	14,6	8,0	0,0	48,4
Transferts	3,5	28,8	0,4	0,0	22,1
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,7	0,2	0,5	0,3	3,7
<b>Recettes</b>	<b>166,7</b>	<b>119,4</b>	<b>52,4</b>	<b>12,3</b>	<b>338,1</b>

\*Accidents du travail-maladies professionnelles

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

**III. - Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**

**Exercice 2015**

(en milliards d'euros)

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la commission**

—

	<b>Fonds de solidarité vieillesse</b>
Contribution sociale généralisée	10,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,1
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	16,6