LOIS

LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 (1)

NOR : *EFIX1235628L*

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté ;
Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012 ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2011

Article 1er

Au titre de l'exercice 2011, 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	171,8	180,3	– 8,5
Vieillesse	194,6	202,4	– 7,9
Famille	52,7	55,3	– 2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	13,0	– 0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	421,7	440,8	– 19,1

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

(En milliards d'euros)

	RECETTES	DÉPENSES	SOLDE
Maladie	148,0	156,6	– 8,6
Vieillesse	100,5	106,5	– 6,0
Famille	52,2	54,8	– 2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,3	11,6	– 0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	302,8	320,3	– 17,4

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	14,0	17,5	– 3,4

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 166,3 milliards d'euros ;

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

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

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

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2011, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2011 figurant à l'article 1er.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2012

Section 1

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

Article 3

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

A. – A la fin du I, le taux : « 5,4 % » est remplacé par le taux : « 4,5 % ».

B. – Le II est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, le taux : « 0,3 % » est remplacé par le taux : « 0,1 % » et, après la référence « L. 135-1 », la fin de l'alinéa est supprimée ;

2° Au quatrième alinéa, le taux : « 2,9 % » est remplacé par le taux : « 2,75 % » ;

3° L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

4° Au dernier alinéa, le taux : « 0,3 % » est remplacé par le taux : « 0,35 % ».

II. – Le 6° de l'article L. 241-2 du même code est abrogé.

III. – La section 0I du chapitre Ier du titre III de la deuxième partie du livre Ier du code général des impôts est complétée par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement.

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

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

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

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

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

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

« IV. – Le produit des prélèvements de solidarité mentionnés au I est affecté à hauteur de :

« 1° 1,45 point au fonds mentionné à l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles ;

« 2° 0,45 point au fonds mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation ;

« 3° 0,1 point au fonds mentionné à l'article L. 5423-24 du code du travail. »

IV. – Le *d* de l'article L. 351-7 du code de la construction et de l'habitation est ainsi rédigé :

« *d)* La part, fixée au 2° du IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts, du produit des prélèvements de solidarité mentionnés à ce même article. »

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

1° L'article L. 262-24 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du III est ainsi rédigé :

« Les recettes du Fonds national des solidarités actives sont notamment constituées par la part, fixée au 1° du IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts, du produit des prélèvements de solidarité mentionnés à ce même article. » ;

b) Aux première et seconde phrases du IV, les mots : « contributions définies » sont remplacés par les mots : « prélèvements mentionnés » ;

2° A l'article L. 522-12, après le mot : « alinéa », est insérée la référence : « du I ».

VI. – A la première ligne de la cinquième colonne du tableau du VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, les mots : « contribution additionnelle au prélèvement mentionné à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, prévue à l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles, » sont remplacés par les mots : « part mentionnée au 1° du IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts du prélèvement de solidarité mentionné au 2° du I du même article ».

VII. – Les I à VI s'appliquent :

1° Aux revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale perçus à compter du 1er janvier 2012 ;

2° Aux produits de placement mentionnés au I de l'article L. 136-7 du même code payés ou réalisés, selon le cas, à compter du 1er janvier 2013 et à ceux mentionnés au II du même article pour la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée à compter du 1er janvier 2013.

VIII. – Le VII de l'article 1er de la loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012 est ainsi modifié :

A. – Après la date : « 1er janvier 2013 », la fin du B est supprimée.

B. – Le E est ainsi modifié :

1° Au 3°, le taux : « 2,2 % » est remplacé par le taux : « 1,85 % » ;

2° Il est ajouté un 6° ainsi rédigé :

« 6° Une part correspondant à un taux de 0,35 % au fonds mentionné à l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles. »

Article 4

A titre exceptionnel, il est prélevé, au profit de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, une somme de 450 millions d'euros sur les réserves du fonds relatif à l'allocation temporaire d'invalidité, régie par le décret n° 2005-442 du 2 mai 2005 relatif à l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité aux fonctionnaires relevant de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, et une somme de 240 millions d'euros sur les réserves du fonds de compensation des cessations progressives d'activité des personnels des collectivités locales et de leurs établissements publics non hospitaliers, institué par le décret n° 84-1021 du 21 novembre 1984 portant application de l'article 6 de la loi n° 84-7 du 3 janvier 1984 créant un fonds de compensation des cessations progressives d'activité des personnels des collectivités locales et de leurs établissements publics non hospitaliers. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ces prélèvements sont régis par les règles applicables en matière de taxe sur les salaires.

Article 5

Au titre de l'année 2012, sont rectifiées, conformément aux tableaux qui suivent :

1° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie	179,4	184,9	– 5,5
Vieillesse	202,8	210,0	– 7,1
Famille	54,3	56,9	– 2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,3	13,3	– 0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	439,4	454,7	– 15,3

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie	155,0	160,5	– 5,5
Vieillesse	105,2	110,4	– 5,2
Famille	53,9	56,4	– 2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,8	11,9	– 0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	316,3	329,7	– 13,3

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	PRÉVISIONS de dépenses	SOLDE
Fonds de solidarité vieillesse	14,6	18,6	– 4,1

Article 6

I. – Au titre de l'année 2012, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 12,1 milliards d'euros.

II. – Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites demeurent fixées conformément au II de l'article 35 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

III. – Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse demeurent fixées conformément au III du même article 35.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 7

I. – A la première phrase du I de l'article 81 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 précitée, le montant : « 250 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 220 millions d'euros ».

II. – Au II du même article 81, le montant : « 285,87 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 238,93 millions d'euros ».

Article 8

I. – Après le mot : « fraction », la fin de la seconde phrase du second alinéa de l'article L. 815-29 du code de la sécurité sociale, de la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 821-5 du même code et de la seconde phrase du II de l'article 32 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 est ainsi rédigée : « de ces pertes, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »

II. – Le I est applicable aux pertes sur créances d'indus enregistrées à compter de l'exercice 2012.

Article 9

I. – Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	OBJECTIFS de dépenses
Maladie	184,9

	OBJECTIFS de dépenses
Vieillesse	210,0
Famille	56,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	454,7

II. – Au titre de l'année 2012, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	OBJECTIFS de dépenses
Maladie	160,5
Vieillesse	110,4
Famille	56,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	329,7

Article 10

Au titre de l'année 2012, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie rectifié de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

	OBJECTIFS de dépenses
Dépenses de soins de ville	78,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Autres prises en charge	1,2
Total	170,8

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR L'EXERCICE 2013

Section 1

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

Article 11

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

A. – L'article L. 131-6 est ainsi modifié :

1° La première phrase du deuxième alinéa est ainsi modifiée :

a) La seconde occurrence du mot : « et » est remplacée par le signe : « , » ;

b) Sont ajoutés les mots : « et des déductions à effectuer du chef des frais professionnels et des frais, droits et intérêts d'emprunt prévues aux deuxième et dernier alinéas du 3° de l'article 83 du même code » ;

2° Le début de la première phrase du troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Est également... *(le reste sans changement).* »

B. – La première phrase du premier alinéa de l'article L. 133-6-8 est complétée par les mots : « de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants ».

C. – Après le mot : « par », la fin de la seconde phrase de l'article L. 612-3 est ainsi rédigée : « décret. »

D. – L'article L. 612-4 est ainsi modifié :

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

« Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Leur taux est fixé par décret.

« Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Pour les cotisations dues au titre de la première et de la deuxième année d'activité, le montant mentionné au deuxième alinéa peut faire l'objet d'une réduction. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par un décret, qui peut prévoir que les deuxième et troisième alinéas ne sont pas applicables, sous certaines conditions, aux cotisations dues par les personnes mentionnées aux articles L. 613-4 et L. 613-7 du présent code et à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. »

E. – Il est rétabli un article L. 612-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 612-5.* – Les cotisations prévues à l'article L. 612-4 à la charge des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret font l'objet d'une réduction.

« Lorsque le revenu d'activité est négatif ou nul, la réduction est maximale et est égale au produit du taux mentionné au premier alinéa du même article L. 612-4 et d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3. Lorsque le revenu d'activité est positif, la réduction décroît linéairement et devient nulle lorsque ce revenu est égal ou supérieur au seuil mentionné au premier alinéa du présent article.

« La réduction prévue au présent article ne s'applique qu'aux cotisants dont les cotisations sont au moins égales au montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 612-4 et dont le chiffre d'affaires est inférieur ou égal à un montant fixé par décret.

« Le bénéfice de la réduction prévue au présent article ne peut être cumulé avec celui de tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable aux cotisations prévues au même article L. 612-4.

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

F. – Au second alinéa de l'article L. 612-9, les mots : « au dernier » sont remplacés par les mots : « à l'avant-dernier ».

G. – Le premier alinéa de l'article L. 612-13 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires calculées en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

« Ces cotisations supplémentaires ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré. »

H. – La seconde phrase de l'article L. 722-4 est supprimée.

I. – A l'article L. 756-3, le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité ».

J. – A la première phrase de l'article L. 756-4, le mot : « articles » est remplacé par les mots : « dispositions de l'article » et les mots : « employeurs et » sont supprimés.

K. – Au deuxième alinéa de l'article L. 756-5, la référence : « du dernier alinéa de l'article L. 131-6 » est remplacée par la référence : « de l'article L. 131-6-2 ».

II. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à la réduction prévue à l'article L. 612-5 du même code.

III. – Le présent article s'applique aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2013, sous réserve des dispositions suivantes :

1° De manière transitoire, le montant des cotisations provisionnelles mentionnées à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014 par les travailleurs indépendants relevant de l'article 62 du code général des impôts est égal au montant des cotisations provisionnelles calculé pour ces mêmes années en application des règles antérieures à l'entrée en vigueur du présent article. Les revenus d'activité, tels que définis à l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pris en compte pour ce calcul sont majorés de 11 %. Cette majoration ne peut être supérieure à la limite de réduction prévue au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts ;

2° De manière transitoire, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts, lorsque ces revenus sont perçus en 2013 et en 2014, qui est retenue pour la détermination du revenu d'activité non salarié en application du troisième alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pour les personnes nouvellement soumises aux dispositions de ce même alinéa en application du 2° du A du I du présent article, est prise en compte pour le calcul des cotisations provisionnelles mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014. Ces revenus font l'objet d'une déclaration obligatoire, selon les modalités prévues au quatrième alinéa du même article L. 131-6-2, dans un délai de trente jours à compter de leur perception.

IV. – *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]*

Article 12

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

A. – Le 4° de l'article L. 135-3 est ainsi rédigé :

« 4° Le solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionné au second alinéa de l'article L. 651-2-1 ainsi que les produits financiers mentionnés à ce même alinéa ; ».

B. – L'article L. 651-1 est ainsi modifié :

1° Le 9° est ainsi rédigé :

« 9° Indépendamment de leur forme juridique, des établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres Ier à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre Ier du livre V du même code ; » ;

2° Après le 9°, il est inséré un 9° *bis* ainsi rédigé :

« 9° *bis* Indépendamment de leur forme juridique, des entreprises ou sociétés d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code ou du titre VII du livre VII du code rural et de la pêche maritime ; » ;

3° Au 10°, la référence : « 9° » est remplacée par la référence : « 9° *bis* ».

C. – A l'article L. 651-2, il est rétabli un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les sociétés d'investissement régies par les articles L. 214-15 à L. 214-19 et L. 214-147 à L. 214-156 du code monétaire et financier ; ».

D. – A la première phrase du second alinéa de l'article L. 651-2-1, après le mot : « alinéa », sont insérés les mots : « ainsi que les produits financiers générés par les placements de la contribution opérés, le cas échéant, par l'organisme mentionné à l'article L. 651-4 » et les mots : « est affecté » sont remplacés par les mots : « sont affectés ».

E. – L'article L. 651-5 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « assimilées », la fin de la première phrase est supprimée ;

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

« Pour les redevables mentionnés au 9° *bis* de l'article L. 651-1, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du VI de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts, à l'exception des reprises sur réserves sur capitalisation. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux opérations sur devises et aux ajustements sur opérations à capital variable est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories. Ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant

de 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 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, ou de 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, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité, ni les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité. » ;

3° Le quatrième alinéa est remplacé par six alinéas ainsi rédigés :

« Pour les commissionnaires au sens de l'article L. 132-1 du code de commerce qui s'entremettent dans une livraison de biens ou de services, l'assiette de la contribution est constituée par le montant de leur commission, sous réserve que les conditions suivantes soient simultanément remplies :

« 1° L'opération d'entremise est rémunérée exclusivement par une commission dont le taux est fixé au préalable d'après le prix, la quantité ou la nature des biens ou des services ;

« 2° Il est rendu compte au commettant du prix auquel l'intermédiaire a traité l'opération avec l'autre contractant ;

« 3° L'intermédiaire qui réalise ces opérations d'entremise doit agir en vertu d'un mandat préalable et ne jamais devenir propriétaire des biens ;

« 4° Les opérations ne sont pas réalisées par des personnes établies en France qui s'entremettent dans la livraison de biens ou l'exécution des services par des redevables qui n'ont pas établi dans l'Union européenne le siège de leur activité, un établissement stable, leur domicile ou leur résidence habituelle.

« Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels les cinquième à neuvième alinéas s'appliquent majorent leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées. » ;

4° Les sixième à neuvième alinéas sont supprimés.

F. – Le II de l'article L. 651-5-1 est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa, les mots : « et entreprises mentionnées » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements mentionnés » ;

2° Au dernier alinéa, les mots : « et entreprises assujetties » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements assujettis ».

G. – L'article L. 651-5-3 est ainsi modifié :

1° Aux première et seconde phrases du premier alinéa, les mots : « et entreprises » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements » ;

2° A la fin du deuxième alinéa, les mots : « ou l'entreprise » sont remplacés par les mots : « , l'entreprise ou l'établissement ».

II. – Les B, C et E du I sont applicables à la contribution due à compter du 1er janvier 2013. Le D du même I est applicable à compter de l'exercice 2012.

Article 13

I. – L'article 231 du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Le début du premier alinéa du 1 est ainsi rédigé :

« Les sommes payées à titre de rémunérations aux salariés, à l'exception de celles correspondant aux prestations de sécurité sociale versées par l'entremise de l'employeur, sont soumises à une taxe égale à 4,25 % de leur montant évalué selon les règles prévues à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, sans qu'il soit toutefois fait application du deuxième alinéa du I du même article. Cette taxe est à la charge des entreprises et organismes qui emploient ces salariés, à l'exception... *(le reste sans changement.)* » ;

2° La première phrase du 2 *bis* est ainsi rédigée :

« Le taux de la taxe sur les salaires prévue au 1 est porté de 4,25 % à 8,50 % pour la fraction comprise entre 7 604 € et 15 185 €, à 13,60 % pour la fraction comprise entre 15 185 € et 150 000 € et à 20 % pour la fraction excédant 150 000 € de rémunérations individuelles annuelles. »

II. – Le 1° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A la fin du deuxième alinéa, le taux : « 59,03 % » est remplacé par le taux : « 56,8 % » ;

2° A la fin du troisième alinéa, le taux : « 24,27 % » est remplacé par le taux : « 27,1 % » ;

3° A la fin du dernier alinéa, le taux : « 16,7 % » est remplacé par le taux : « 16,1 % ».

III. – Le I s'applique à la taxe sur les salaires due à raison des rémunérations versées à compter du 1er janvier 2013.

Article 14

I. – L'article L. 133-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les quatre premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« L'ensemble des cotisations et contributions sociales dues au titre des rémunérations versées aux salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail et aux personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime sont recouvrées sous les garanties et sanctions applicables, respectivement, au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires et au recouvrement des cotisations du régime de protection sociale des salariés des professions agricoles assises sur les salaires. » ;

2° Au cinquième alinéa, la référence : « et à l'article L. 351-21 du code du travail » est supprimée et les mots : « desdites cotisations et contributions sociales » sont remplacés par les mots : « des cotisations d'origine légale ou conventionnelle qui leur sont dues » ;

3° Les trois derniers alinéas sont supprimés.

II. – Après le I de l'article L. 241-10 du même code, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« 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. Cette déduction n'est cumulable ni avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations. »

III. – L'article L. 741-27 du code rural et de la pêche maritime est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – Les I et I *bis* de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale sont applicables aux rémunérations versées aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 722-20 du présent code, employées par des particuliers pour la mise en état et l'entretien des jardins, et au 3° du même article. »

IV. – Le I s'applique aux modalités de calcul des cotisations et contributions sociales dues au titre des rémunérations versées à compter du 1er janvier 2013.

V. – Dans un délai d'un an suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant l'impact du I sur l'emploi par les particuliers employeurs.

Article 15

I. – La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 241-11 du code de la sécurité sociale est supprimée.

II. – Le I entre en vigueur à compter du 1er janvier 2014.

Article 16

A la fin du III de l'article 20 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, l'année : « 2012 » est remplacée par l'année : « 2014 ».

Article 17

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

1° Après le 1° de l'article L. 14-10-4, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 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.

« Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° *bis* les pensions mentionnées au *a* du 4° et aux 12°, 14° et 14° *bis* de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ; » ;

2° L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « six » est remplacé par le mot : « sept » ;

b) Après le V, il est inséré un V *bis* ainsi rédigé :

« V *bis*. – Une section consacrée à la mise en réserve du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4. Les ressources de cette section sont destinées au financement des mesures qui seront prises pour améliorer la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie. » ;

c) Au VI, les références : « 1° à 4° » sont remplacées par les références : « 1°, 2°, 3° et 4° » et, après le mot : « précédentes », sont insérés les mots : « , à l'exception de la section V *bis*, ».

II. – Le I s'applique aux pensions et allocations servies à compter du 1er avril 2013.

III. – Pour l'année 2013, par dérogation au V *bis* de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles :

1° Le produit de la contribution instituée au I du présent article est affecté pour une part de 95 % à la section mentionnée au II du même article L. 14-10-5 et pour une part de 5 % à la section mentionnée au IV dudit article ;

2° Au 2° du IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, les taux : « 0,85 % » et « 0,83 % » sont, respectivement, remplacés par les taux : « 0,886 % » et « 0,866 % » et, à la fin du 3° du même IV, le taux : « 0,1 % » est remplacé par le taux : « 0,064 % ».

Article 18

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

1° La section 10 du chapitre Ier du titre VIII du livre III est abrogée ;

2° Le chapitre II du titre VIII du livre III est complété par une section 3 ainsi rédigée :

« Section 3

« Titulaires de mandats locaux

« *Art. L. 382-31.* – Les élus des collectivités territoriales mentionnées à l'article 72 de la Constitution dans lesquelles s'applique le régime général de sécurité sociale, ainsi que les délégués de ces collectivités territoriales membres d'un établissement public de coopération intercommunale, sont affiliés au régime général de sécurité sociale pour l'ensemble des risques. Leurs indemnités de fonctions sont assujetties aux cotisations de sécurité sociale lorsque leur montant total est supérieur à une fraction, fixée par décret, de la valeur du plafond défini à l'article L. 241-3.

« Toutefois, pour les élus mentionnés aux articles L. 2123-9, L. 3123-7, L. 4135-7, L. 4422-22, L. 5214-8, L. 5215-16 et L. 5216-4 du code général des collectivités territoriales qui ont cessé toute activité professionnelle pour l'exercice de leur mandat et ne relèvent plus, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale, les indemnités de fonction dont le montant est inférieur à cette fraction sont assujetties aux cotisations de sécurité sociale. » ;

3° L'article L. 412-8 est ainsi modifié :

a) Après le 15°, il est inséré un 16° ainsi rédigé :

« 16° Les titulaires de mandats locaux. » ;

b) Au dernier alinéa, la référence : « et 15° » est remplacée par les références : « , 15° et 16° ».

II. – Le code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 2123-25-2 est ainsi rédigé :

« Les élus municipaux sont affiliés au régime général de sécurité sociale dans les conditions définies à l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 2123-26 est abrogé ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 2123-27, les mots : « , autres que ceux qui, en application des dispositions de l'article L. 2123-25-2, ont cessé d'exercer leur activité professionnelle, » sont supprimés ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 2123-29 et au 3° de l'article L. 2321-2, les références : « L. 2123-26 à L. 2123-28 » sont remplacées par les références : « L. 2123-27 et L. 2123-28 » ;

5° L'article L. 2573-8 est ainsi modifié :

a) Au I, les références : « à L. 2123-26 » et « , III » sont supprimées ;

b) Le III est abrogé ;

c) Au IV, les références : « L. 2123-26 à L. 2123-28 » sont remplacées par les références : « L. 2123-27 et L. 2123-28 » ;

6° Le premier alinéa de l'article L. 3123-20-2 est ainsi rédigé :

« Les membres du conseil général sont affiliés au régime général de sécurité sociale dans les conditions définies à l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale. » ;

7° L'article L. 3123-21 est abrogé ;

8° Au premier alinéa de l'article L. 3123-22, les mots : « autres que ceux visés à l'article L. 3123-21 » sont supprimés ;

9° Au 3° de l'article L. 3321-1, la référence : « L. 3123-21 » est remplacée par la référence : « L. 3123-22 » ;

10° L'article L. 3542-1 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « et les cotisations au régime de retraite des élus en application de l'article L. 3123-21 mentionnées au 3° de l'article L. 3321-1, » sont supprimés ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « du même » sont remplacés par les mots : « de l' » ;

11° Le premier alinéa de l'article L. 4135-20-2 est ainsi rédigé :

« Les membres du conseil régional sont affiliés au régime général de sécurité sociale dans les conditions définies à l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale. » ;

12° L'article L. 4135-21 est abrogé ;

13° Au premier alinéa de l'article L. 4135-22, les mots : « autres que ceux visés à l'article L. 4135-21 » sont supprimés ;

14° Au dernier alinéa de l'article L. 4135-24, la référence : « L. 4135-21 » est remplacée par la référence : « L. 4135-22 » ;

15° Au 3° de l'article L. 4321-1, la référence : « L. 4135-21 » est remplacée par la référence : « L. 4135-22 ».

III. – Les I et II s'appliquent à compter du 1er janvier 2013.

Article 19

I. – Le I de l'article 28 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Après le mot : « décès », sont insérés les mots : « , à l'exception des prestations en espèce prévues au 5° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale, » ;

b) Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, l'article L. 131-9 du même code leur reste applicable. » ;

2° Après le mot : « cotisation », la fin de la dernière phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée : « à la charge de l'Etat fixé en application de l'article L. 712-9 du code de la sécurité sociale. »

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

1° L'intitulé du chapitre IV du titre III du livre Ier est ainsi rédigé : « Relations interrégimes » ;

2° Au même chapitre IV, est rétablie une section 6 ainsi rédigée :

« Section 6

« Relations entre le régime général et les régimes spéciaux

« *Art. L. 134-14.* – I. – Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés qui en assure l'équilibre financier l'ensemble des charges et des produits du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 institué par la loi du 22 juillet 1922 relative aux retraites des agents des chemins de fer secondaires d'intérêt général, des chemins de fer d'intérêt local et des tramways.

« II. – Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au I.

« III. – Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article. » ;

3° Les deuxième à neuvième alinéas de l'article L. 715-1 sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Les ressources du régime spécial sont constituées d'une contribution de la caisse autonome de retraites complémentaires et de prévoyance du transport déterminée dans des conditions fixées par décret. »

III. – 1. Les réserves constatées au 31 décembre 2012 après prise en compte du résultat du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 du code de la sécurité sociale pour l'année 2012 sont affectées à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du même code en tant que produit exceptionnel pour la même année.

2. Le I de l'article L. 134-14 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la présente loi, est applicable à compter de l'exercice 2013. Les autres dispositions du II du présent article sont applicables à compter de l'exercice 2012.

Article 20

Au troisième alinéa du V de l'article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, les taux : « 10 % et 20 % » sont remplacés par les taux : « 15 % et 25 % ».

Article 21

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

1° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Des indemnités de licenciement, de mise à la retraite ainsi que de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi qui sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code ; » ;

2° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sont également soumises à cette contribution les indemnités versées à l'occasion de la rupture conventionnelle mentionnée aux articles L. 1237-11 à L. 1237-15 du code du travail, pour leur part exclue de l'assiette de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 du présent code en application du 5° du II de l'article L. 136-2. »

II. – Au début de la première phrase du 5° du II de l'article L. 136-2 du même code, sont ajoutés les mots : « Indépendamment de leur assujettissement à l'impôt sur le revenu, ».

III. – La deuxième colonne du tableau de l'ar-ticle L. 137-16 du même code est ainsi modifiée :

1° A la deuxième ligne, le nombre : « 5 » est remplacé par le nombre : « 6,1 » ;

2° A la troisième ligne, le nombre : « 6 » est remplacé par le nombre : « 5,6 » ;

3° A la quatrième ligne, le nombre : « 9 » est remplacé par le nombre : « 8,3 ».

Article 22

I. – Le même code est ainsi modifié :

1° Les *a* et *b* de l'article L. 862-2 sont ainsi rédigés :

« *a)* Par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

« Le remboursement est effectué, dans la limite des sommes mentionnées au premier alinéa du présent *a,* sur la base d'un forfait annuel par bénéficiaire dont le montant est fixé par décret. Ce forfait est revalorisé au 1er janvier de chaque année du niveau de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.

« Le remboursement effectué à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application du deuxième alinéa du présent *a* est majoré, dans la même limite, d'un versement du fonds permettant la prise en compte du niveau plus important des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 du fait des dispositions de l'article L. 861-6.

« Le fonds transmet au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ;

« *b)* Par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1.

« Les modalités d'application des *a* et *b* du présent article sont précisées par décret ; » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 862-3 est supprimé ;

3° Le III de l'article L. 862-4 est ainsi rédigé :

« 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. » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 862-5 est ainsi rédigé :

« La taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds institué à l'article L. 862-1, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés. » ;

5° L'article L. 862-6 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « différence », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « dans des conditions fixées par décret. » ;

b) La seconde phrase est supprimée ;

6° Le *a* de l'article L. 862-7 est ainsi rédigé :

« *a)* Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 ou au calcul des demandes de remboursements mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 862-2 ; ».

II. – A titre exceptionnel en 2013, la majoration du remboursement effectué à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application du 1° du I tient compte des sommes engagées par la caisse au titre des exercices 2013 et 2012 dans la limite du résultat comptable du fonds en 2013.

Article 23

I. – L'article 575 du code général des impôts est ainsi rédigé :

« *Art. 575.* – Les tabacs manufacturés vendus au détail ou importés dans les départements de la France continentale sont soumis à un droit de consommation.

« Le droit de consommation sur les tabacs comporte une part spécifique par unité de produit ou de poids et une part proportionnelle au prix de vente au détail.

« La part proportionnelle résulte de l'application du taux proportionnel au prix de vente au détail. La part spécifique pour mille unités ou mille grammes résulte de l'application du taux spécifique à la classe de prix de référence. Le taux proportionnel est égal à la différence entre le taux normal et le taux spécifique. Le taux normal et le taux spécifique sont définis, par groupe de produits, à l'article 575 A.

« La classe de prix de référence d'un groupe de produits correspond au prix moyen pondéré de vente au détail exprimé pour mille unités ou mille grammes et arrondi à la demi-dizaine d'euros immédiatement supérieure.

« Le prix moyen pondéré de vente au détail est calculé par groupe de produits en fonction de la valeur totale de l'ensemble des unités mises à la consommation, basée sur le prix de vente au détail toutes taxes comprises, divisée par la quantité totale mise à la consommation.

« Le prix moyen pondéré de vente au détail et la classe de prix de référence sont établis pour chaque groupe de produits au plus tard le 31 janvier de chaque année, sur la base des données concernant toutes les mises à la consommation effectuées l'année civile précédente, par arrêté du ministre chargé du budget.

« Le montant du droit de consommation applicable à un groupe de produits ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé par mille unités ou mille grammes, majoré de 10 % pour les produits dont le prix de vente est inférieur à 94 % de la classe de prix de référence du groupe considéré. Ce dernier pourcentage est fixé à 84 % pour les cigares et cigarillos.

« Lorsque la classe de prix de référence d'un groupe de produits est inférieure de plus de 3 % à la moyenne des prix homologués de ce groupe, les pourcentages de 94 % et 84 % mentionnés au septième alinéa peuvent être augmentés jusqu'à, respectivement, 110 % et 100 % au titre de l'année en cours par arrêté du ministre chargé du budget.

« Lorsque le prix de vente au détail homologué d'un produit est inférieur à 95 % du prix moyen des produits du même groupe constaté par le dernier arrêté de prix, le montant des minima de perception prévu à l'article 575 A peut être relevé par arrêté du ministre chargé du budget, dans la limite de 25 %. »

II. – L'article 575 A du même code est ainsi rédigé :

« *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 :

(En pourcentage)

GROUPE DE PRODUITS	TAUX normal	TAUX spécifique
Cigarettes	64,25	12,5
Cigares et cigarillos	28	5
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	60	30
Autres tabacs à fumer	55	10
Tabacs à priser	50	0
Tabacs à mâcher	35	0

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 195 € pour mille cigarettes et à 90 € pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 125 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes et à 70 € pour les autres tabacs à fumer. »

III. – 1. Les I et II s'appliquent à compter du 1er janvier 2013.

2. A compter du 1er juillet 2013, le tableau du deuxième alinéa de l'article 575 A du code général des impôts est ainsi modifié :

1° A la deuxième ligne des deux dernières colonnes, les nombres : « 64,25 » et « 12,5 » sont remplacés, respectivement, par les nombres : « 64,7 » et « 15 » ;

2° A la quatrième ligne de la deuxième colonne, le nombre : « 60 » est remplacé par le nombre : « 62 ».

Article 24

I. – Le *a* du I de l'article 520 A du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Au début du deuxième alinéa, le montant : « 1,38 € » est remplacé par le montant : « 3,60 € » ;

2° Au début du troisième alinéa, le montant : « 2,75 € » est remplacé par le montant : « 7,20 € » ;

3° Au début du sixième alinéa, le montant : « 1,38 € » est remplacé par le montant : « 3,60 € » ;

4° Au début du septième alinéa, le montant : « 1,64 € » est remplacé par le montant : « 3,60 € » ;

5° Au début de l'avant-dernier alinéa, le montant : « 2,07 € » est remplacé par le montant : « 3,60 € ».

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

1° Le 7° de l'article L. 131-8 est ainsi modifié :

a) A la fin du *a,* le taux : « 58,10 % » est remplacé par le taux : « 68,14 % » ;

b) A la fin du *b,* le taux : « 7,86 % » est remplacé par le taux : « 7,27 % » ;

c) A la fin du *c,* le taux : « 15,44 % » est remplacé par le taux : « 9,46 % » ;

d) Après le mot : « article », la fin du *h* est ainsi rédigée : « L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 % ; » ;

e) Le *i* est abrogé ;

2° Le premier alinéa et les *a* à *e* de l'article L. 862-3 sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« 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. »

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

1° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Il est rétabli un 4° ainsi rédigé :

« 4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ; » ;

b) Au 5°, le taux : « 43,7 % » est remplacé par le taux : « 57,8 % » ;

2° Au 3° de l'article L. 731-3, le taux : « 56,3 % » est remplacé par le taux : « 42,2 % ».

IV. – *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]*

Article 25

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

Article 26

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

A. – L'article 1600-0 N est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A qui assurent en France l'exploitation, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, et la vente de médicaments et de produits de santé mentionnés 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. » ;

2° Le V est ainsi rédigé :

« V. – Le fait générateur et l'exigibilité de la taxe interviennent lors de la vente de chaque médicament ou produit de santé mentionné au II. »

B. – L'article 1635 *bis* AE est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Le 6° est ainsi rédigé :

« 6° Demande de visa ou de renouvellement de visa de publicité, mentionné aux articles L. 5122-8, L. 5122-9 et L. 5122-14 du même code ; » ;

b) Le 7° est ainsi rédigé :

« 7° Demande d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation de publicité, mentionnée aux articles L. 5213-4 et L. 5223-3 du même code. » ;

2° Le III est ainsi modifié :

a) A la fin de la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « et la publicité mentionnée au 7° du I est réputée non déposée » sont supprimés ;

b) Au second alinéa, les mots : « ou que la publicité mentionnée au 7° du même I est déposée » sont supprimés.

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

1° L'article L. 138-4 est ainsi modifié :

a) A la première phrase, la date : « 1er septembre » est remplacée par la date : « 1er juin » ;

b) A la seconde phrase, la date : « 31 mars » est remplacée par la date : « 1er mars » ;

c) A la fin de la même seconde phrase, les mots : « pendant l'année civile et déclaré le 15 février de l'année suivante » sont remplacés par les mots : « au cours de l'année civile » ;

2° Au troisième alinéa de l'article L. 138-12, les mots : « 1er décembre de l'année » sont remplacés par les mots : « 1er mars de l'année suivant celle » ;

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

a) Au premier alinéa, la date : « 30 juin » est remplacée par la date : « 1er juin » ;

b) Le second alinéa est ainsi rédigé :

« 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. 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. » ;

4° Après le mot : « versée », la fin de l'article L. 245-5-1 A et du premier alinéa de l'article L. 245-5-5 est ainsi rédigée : « de manière provisionnelle le 1er juin de chaque année, pour un montant correspondant à 75 % de la contribution due au titre de l'année précédente. La régularisation annuelle intervient au 1er mars de l'année suivante. » ;

5° Au quatrième alinéa de l'article L. 245-6, à la première phrase, la date : « 15 avril » est remplacée par la date : « 1er juin » et, à la seconde phrase, la date : « 15 avril » est remplacée par la date : « 1er mars ».

Article 27

I. – L'article L. 161-37-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

II. – Au 5° de l'article L. 161-45 du même code, les références : « aux articles L. 161-37-1 et L. 165-11 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 165-11 ».

Article 28

Le même code est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 245-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « publicitaires », la fin du 3° est ainsi rédigée : « , quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent, à l'exception des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant exclusivement une spécialité pharmaceutique qui n'est inscrite ni sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ni sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ; » ;

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut. » ;

2° La première phrase du 1° du II du même article est ainsi rédigée :

« A un abattement forfaitaire égal à 2,5 millions d'euros, à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I et à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3° du même I. » ;

3° A la première ligne de la première colonne du tableau du dernier alinéa du III du même article, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

4° L'article L. 245-5-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « publicitaires, », la fin du 3° est ainsi rédigée : « quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent ; » ;

b) Après le 3°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des produits et prestations dont l'entreprise assure la fabrication, l'importation ou la distribution, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 et celui de l'ensemble des produits et prestations fabriqués, importés ou distribués par l'entreprise. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut. » ;

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

« Il est procédé à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3°. »

Article 29

Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2013 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux K est fixé à 0,4 %.

Article 30

Est approuvé le montant de 3,1 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 2013.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 31

Pour l'année 2013, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes
Maladie	185,0
Vieillesse	213,1
Famille	55,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	457,0

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes
Maladie	159,8
Vieillesse	111,3
Famille	55,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	329,0

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes
Fonds de solidarité vieillesse	16,8

Article 32

Pour l'année 2013, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie	185,0	190,1	– 5,1
Vieillesse	213,1	218,6	– 5,5
Famille	55,9	58,6	– 2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,3	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	457,0	469,9	– 12,8

Article 33

Pour l'année 2013, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie	159,8	165,0	– 5,1
Vieillesse	111,3	115,3	– 4,0
Famille	55,5	58,1	– 2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2	11,9	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	329,0	340,5	– 11,4

Article 34

Pour l'année 2013, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Fonds de solidarité vieillesse	16,8	19,3	– 2,5

Article 35

I. – Pour l'année 2013, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 12,4 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2013, les prévisions de recettes par catégorie affectées au fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes
Impositions, taxes et autres contributions sociales	0
Total	0

III. – Pour l'année 2013, 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
Impositions, taxes et autres contributions sociales	0,2
Total	0,2

Article 36

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2013 à 2016), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Section 3

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

Article 37

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

1° L'article L. 723-11 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; » ;

b) Il est ajouté un 12° ainsi rédigé :

« 12° D'assurer la gestion commune de la trésorerie des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 ainsi que celle des groupements mentionnés aux articles *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]* et L. 752-14. L'individualisation de la trésorerie des différentes branches des régimes des salariés et des non-salariés agricoles est assurée par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable, dans des conditions fixées par décret. » ;

2° Après les mots : « d'application », la fin du dernier alinéa de l'article L. 726-2 est ainsi rédigée : « du présent article. » ;

3° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « prestations d'assurance » sont remplacés par le mot : « assurances » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; » ;

4° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des prestations d'assurance » sont remplacés par les mots : « de l'assurance » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; » ;

5° L'article L. 731-10 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Le taux de ces cotisations est fixé par décret. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

6° L'article L. 731-13 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « techniques et complémentaires » sont supprimés ;

b) L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 731-38, les mots : « , pour la couverture des risques assurés et des dépenses complémentaires y afférentes, » sont supprimés ;

8° Le second alinéa de l'article L. 731-45 est supprimé ;

9° L'article L. 741-1 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Le taux de ces cotisations est fixé selon les modalités prévues aux articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, sauf dérogations prévues par décret. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

10° L'article L. 762-11 est abrogé ;

11° Les articles L. 762-12 et L. 762-24 sont ainsi modifiés :

a) A la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;

b) Après le mot : « nécessaires », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « à la couverture de ces charges. » ;

12° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 762-21 est supprimée ;

13° L'article L. 762-33 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« La cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 varie en fonction de la superficie pondérée de l'exploitation. Un décret fixe les modalités de calcul de cette cotisation. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

14° Le 1° de l'article L. 722-20 est complété par les mots : « , et salariés des entreprises artisanales rurales n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente » ;

15° Le 6° de l'article L. 722-1 et le 2° des articles L. 722-4, L. 722-9 et L. 731-28 sont abrogés ;

16° Au troisième alinéa du I de l'article L. 712-1, la première occurrence de la référence : « et 6° » est supprimée ;

17° A l'article L. 762-10, les références : « aux 1° et 2° de » sont remplacées par le mot : « à ».

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

1° L'article L. 134-6 est ainsi rédigé :

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

« Les modalités d'application du premier alinéa sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

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

2° L'article L. 134-9 est abrogé ;

3° A l'article L. 134-10, les références : « , L. 134-8 et L. 134-9 ci-dessus » sont remplacées par la référence : « et L. 134-8 » ;

4° A la fin du premier alinéa de l'article L. 134-11-1, les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code » sont supprimés ;

5° L'article L. 241-6 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« 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.

« Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au premier alinéa comprennent : » ;

b) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Des cotisations dues par les personnes salariées et non salariées des professions agricoles ; ».

III. – 1. Le I et les 1°, 4° et 5° du II du présent article s'appliquent à compter du 1er janvier 2014.

2. Le 2° du II s'applique à compter de la compensation calculée pour l'exercice 2012.

3. Au 31 décembre 2013, la propriété des réserves antérieurement constituées par les organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]* est transférée à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Ce transfert ne donne pas lieu à perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit. Un décret arrête le montant des réserves concernées.

4. Les 14° à 17° du I entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2014.

Article 38

I. – A titre exceptionnel pour l'année 2013, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut consentir à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, contre rémunération, des avances d'un montant maximal de 250 millions d'euros.

Ces avances font l'objet d'une convention entre l'agence et la caisse, soumise pour approbation aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

II. – Au 5° *bis* de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « et fonds » et la référence : « au II de » est remplacée par le mot : « à ».

III. – L'article L. 255-2 du même code est abrogé.

Article 39

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

Article 40

I. – La sous-section 1 de la section 1 du chapitre III du titre IV du livre II du même code est complétée par un article L. 243-1-3 ainsi rédigé :

« *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 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. »

II. – Les conditions de l'extension du mécanisme mis en place au I à l'ensemble des cotisations et contributions sociales dont le recouvrement est assuré par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale, pour les employeurs affiliés aux caisses de congés payés, font l'objet d'un rapport du Gouvernement au Parlement, remis au plus tard le 1er juillet 2013.

Article 41

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

1° Après l'article L. 731-13, il est inséré un article L. 731-13-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 731-13-1.* – Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées à titre provisoire par les organismes chargés du recouvrement sur une base majorée déterminée par référence aux dernières données connues ou sur une base forfaitaire. Dans ce cas, il n'est tenu compte d'aucune exonération dont pourrait bénéficier le cotisant.

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

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

2° La section 1 du chapitre Ier du titre IV du livre VII est complétée par un article L. 741-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 741-1-2.* – L'article L. 242-12-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux cotisations dues au titre de l'emploi de salariés agricoles. »

Article 42

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

(En millions d'euros)

	MONTANTS LIMITES
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	29 500
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 000
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales	1 450
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	30
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	950
Caisse nationale des industries électriques et gazières	400
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	750
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	30

A titre dérogatoire, la Caisse nationale des industries électriques et gazières est autorisée à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 600 millions d'euros du 1er janvier au 31 mars 2013.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2013

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 43

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

II. – La première phrase de l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par les médecins mentionnés au premier alinéa du même article sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du présent code. »

Article 44

I. – De nouveaux modes d'organisation et de financement des transports de patients définis au 2° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale peuvent être expérimentés dans un ou plusieurs territoires à compter du 1er janvier 2013 et pour une période n'excédant pas trois ans.

A cette fin, il peut être dérogé, pour la durée des expérimentations, aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 à L. 162-14-3, L. 162-15, L. 162-33, L. 211-1, L. 321-1, L. 322-5 à L. 322-5-4, L. 611-8 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime.

II. – Ces expérimentations sont menées par les agences régionales de santé et donnent lieu à une procédure d'appel d'offres dans le respect des dispositions applicables aux marchés publics. Ces appels d'offres peuvent être organisés à un niveau infradépartemental afin de tenir compte de l'offre de transports existante sur le territoire relevant de l'agence régionale de santé.

Des expérimentations relevant du I peuvent également être menées par un organisme local d'assurance maladie, un établissement de santé ou un groupement d'établissements de santé après avoir été agréées par l'agence régionale de santé. Elles donnent lieu à une procédure d'appel d'offres. Cette procédure est régie par les dispositions applicables aux marchés publics lorsque l'expérimentation est menée par un établissement public de santé ou un groupement d'établissements publics de santé. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'Etat, dans le respect des garanties prévues pour les marchés de l'Etat, lorsque l'expérimentation est menée par un autre organisme.

III. – Lorsqu'une expérimentation est menée par une agence régionale de santé ou un organisme local d'assurance maladie, les prescriptions de transport établies par un professionnel de santé exerçant dans les territoires définis pour l'expérimentation soit dans un cabinet ou une structure de médecine de ville, soit dans un établissement de santé ou dans un groupement d'établissements de santé ne sont, par dérogation à l'article L. 322-5, au premier alinéa de l'article L. 322-5-1 et au 5° de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions de droit commun que si le transport est exécuté par une entreprise retenue à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

Lorsqu'une expérimentation est menée par un établissement de santé ou un groupement d'établissements de santé, les prescriptions de transport à destination ou en provenance de cet établissement ou de ce groupement d'établissements et les prescriptions de transport faites par un professionnel de santé exerçant dans cet établissement de santé ou ce groupement d'établissements de santé ne sont, par dérogation à l'article L. 322-5, au premier alinéa de l'article L. 322-5-1 et au 5° de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions de droit commun que si le transport est exécuté par une entreprise retenue à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

IV. – Le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation avant la fin de l'expérimentation. Ce rapport propose, le cas échéant, les évolutions législatives découlant de cette évaluation.

V. – Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article, notamment :

1° Les modalités de sélection et de désignation des territoires et des structures retenus pour l'expérimentation ;

2° Les modalités d'organisation et de financement des expérimentations ;

3° La procédure d'agrément mentionnée au II ;

4° Les conditions de prise en charge des prescriptions de transport, dans une expérimentation, lorsque le transport n'est pas exécuté par une entreprise retenue à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

Article 45

I. – Le II de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « relatifs aux pathologies et aux traitements » sont remplacés par les mots : « et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients » ;

b) Après les mots : « maladie et », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie. »

II. – L'article L. 162-14-1-2 du même code est ainsi modifié :

1° Au I, après la référence : « L. 162-5 », sont insérés les mots : « et des accords mentionnés au II de l'article L. 162-14-1 lorsque les médecins sont concernés » ;

2° A la première phrase du II, la référence : « L. 322-5-2 » est remplacée par les mots : « L. 322-5-2 et des accords mentionnés au II de l'article L. 162-14-1, lorsqu'ils portent sur les professions concernées par les conventions et accords susmentionnés, ».

Article 46

I. – Après l'article L. 1435-4-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-4-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1435-4-2.* – I. – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin spécialisé en médecine générale, à la condition qu'il n'exerce pas d'activité médicale libérale ou que son installation en cabinet libéral date de moins d'un an, ou avec un assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé un contrat de praticien territorial de médecine générale sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de praticien territorial de médecine générale. Le praticien territorial de médecine générale s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, la médecine générale dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

« II. – Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, le respect des tarifs opposables, 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.

« III. – Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article. »

II. – Après l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-14-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-14-1.* – Les frais relatifs aux actes effectués par les médecins au titre de leurs fonctions de praticien territorial de médecine générale régies par l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique sont, lorsque les médecins ne sont pas adhérents à la convention médicale mentionnée à l'article L. 162-5 du présent code, pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1. Les praticiens territoriaux de médecine générale sont tenus, dans l'exercice de leurs fonctions, de respecter les tarifs opposables. »

III. – La section 2 du chapitre V du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complétée par des articles L. 1435-5-1 à L. 1435-5-5 ainsi rédigés :

« *Art. L. 1435-5-1.* – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un établissement public de santé et des praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 exerçant à temps plein dans ces établissements un contrat sur la base duquel ces médecins peuvent pratiquer une activité ambulatoire dans le cadre de leurs obligations de service dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Ce contrat peut préciser les conditions d'indemnisation des sujétions des praticiens des établissements concernés.

« Les conditions d'exercice de ces praticiens sont précisées dans le cadre d'une convention signée entre l'agence régionale de santé, l'établissement public de santé et la structure ou le professionnel de santé qui les accueille.

« *Art. L. 1435-5-2.* – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un établissement de santé privé d'intérêt collectif mentionné au 2° de l'article L. 6161-5 et des médecins salariés à temps plein de ces établissements un contrat sur la base duquel ces médecins peuvent pratiquer une activité ambulatoire dans le cadre de leurs obligations de service dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Ce contrat peut préciser les conditions d'indemnisation des sujétions des praticiens des établissements concernés.

« Les conditions d'exercice de ces médecins sont précisées dans le cadre d'une convention signée entre l'agence régionale de santé, l'établissement de santé et la structure ou le professionnel de santé qui les accueille.

« *Art. L. 1435-5-3.* – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un centre de santé et des médecins salariés de ce centre un contrat sur la base duquel ces médecins peuvent exercer tout ou partie de leur activité dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins. Ce contrat peut préciser les conditions d'indemnisation des sujétions des praticiens des établissements concernés.

« Les conditions d'exercice de ces médecins sont précisées dans le cadre d'une convention signée entre l'agence régionale de santé, le centre de santé et la structure ou le professionnel de santé qui les accueille.

« *Art. L. 1435-5-4.* – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec les organismes mentionnés à l'article L. 111-1 du code de la mutualité et des médecins salariés par ces organismes un contrat sur la base duquel ces médecins peuvent exercer tout ou partie de leur activité dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins. Ce contrat peut préciser les conditions d'indemnisation des sujétions des praticiens des établissements concernés.

« Les conditions d'exercice de ces médecins sont précisées dans le cadre d'une convention signée entre l'agence régionale de santé, l'organisme mutualiste et la structure ou le professionnel de santé qui les accueille.

« *Art. L. 1435-5-5.* – Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application des articles L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4, et notamment les modalités de facturation des actes réalisés dans le cadre de l'activité ambulatoire. »

Article 47

I. – L'article L. 632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase du deuxième alinéa est complétée par les mots : « et dans des conditions définies par voie réglementaire » ;

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

« Au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste nationale de lieux d'exercice où l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale visées à l'article 1465 A du code général des impôts et les zones urbaines sensibles définies au 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Cette liste est établie par le Centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé. Elles arrêtent les lieux d'exercice conformément aux conditions définies par voie réglementaire.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions peut, à leur demande et à tout moment, changer le lieu de leur exercice. Le directeur général du Centre national de gestion peut, à leur demande, à tout moment et après avis du directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions, leur proposer un lieu d'exercice dans une zone dépendant d'une autre agence régionale de santé. » ;

3° L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

a) A la fin de la première phrase, les mots : « fraction des frais d'études engagés » sont remplacés par le mot : « pénalité » ;

b) A la dernière phrase, le mot : « indemnité » est remplacé par le mot : « somme ».

II. – Le chapitre IV du titre III du livre VI de la troisième partie du même code est complété par un article L. 634-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 634-2.* – Chaque année, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui, admis à poursuivre des études odontologiques à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours de ces études, peuvent signer avec le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière un contrat d'engagement de service public. Les étudiants inscrits en troisième cycle long des études odontologiques ne peuvent signer ce contrat.

« Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les étudiants peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le Centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études odontologiques. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions, à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation dans les conditions définies par voie réglementaire. Ils exercent dans les lieux d'exercice mentionnés au troisième alinéa. La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans.

« Au cours de la dernière année de leurs études, les signataires d'un contrat d'engagement de service public choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste nationale de lieux d'exercice où l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale visées à l'article 1465 A du code général des impôts et les zones urbaines sensibles définies au 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Cette liste est établie par le Centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé. Elles arrêtent les lieux d'exercice conformément aux conditions définies par voie réglementaire.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel les signataires d'un contrat exercent leurs fonctions peut, à leur demande et à tout moment, changer le lieu de leur exercice. Le directeur général du Centre national de gestion peut, à leur demande, à tout moment et après avis du directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions, leur proposer un lieu d'exercice dans une zone dépendant d'une autre agence régionale de santé.

« Les chirurgiens-dentistes ou les étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public avec le Centre national de gestion peuvent se dégager de leur obligation d'exercice prévue au deuxième alinéa du présent article, moyennant le paiement d'une indemnité dont le montant dégressif égale au plus les sommes perçues au titre de ce contrat ainsi que d'une pénalité. Les modalités de remboursement et de calcul de cette somme sont fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le recouvrement de cette somme est assuré, pour les chirurgiens-dentistes, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le chirurgien-dentiste exerce à titre principal et, pour les étudiants, par le Centre national de gestion.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article. »

III. – A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, la référence : « par l'article L. 632-6 du code de l'éducation, » est supprimée.

IV. – A la dernière phrase du premier alinéa du I de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale, la référence : « et L. 632-7 » est remplacée par les références : « , L. 632-7 et L. 634-2 ».

Article 48

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2013 et pour une durée n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Le contenu des projets pilotes est défini par un cahier des charges national arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le périmètre territorial de mise en œuvre de chaque projet pilote est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

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

II. – Pour la mise en œuvre des projets pilotes définis au I, dans le cadre des conventions conclues à cette fin, il peut être dérogé aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9,

L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, aux 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 du même code en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie, à l'article L. 162-2 du même code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade, aux articles L. 322-2 et L. 322-3 du même code relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations et aux articles L. 314-2 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du même code. Dans ce cadre, les établissements relevant du même I peuvent facturer à l'assurance maladie la totalité des frais d'accueil de personnes en sortie d'hospitalisation correspondant à l'ensemble des charges d'hébergement, de dépendance et de soins, une fois déduit le montant du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale et pour une durée limitée à trente jours consécutifs.

Les conventions peuvent également prévoir, dans des conditions définies par voie réglementaire, des dérogations aux dispositions applicables, en matière tarifaire et d'organisation, aux services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles assumant les missions de services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

III. – Sans préjudice de financements complémentaires prévus, le cas échéant, dans les conventions mentionnées au I du présent article, les dépenses nouvelles liées aux projets pilotes, notamment celles relatives à l'application des II et IV, sont imputées sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique au sein de l'arrêté prévu au même article L. 1435-9. Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux projets pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

IV. – Dans le cadre des projets pilotes, le suivi sanitaire, médico-social et social des personnes âgées en risque de perte d'autonomie peut comporter, sous réserve du consentement exprès et éclairé de chaque personne, la transmission, par les personnels soignants et les professionnels chargés de leur accompagnement social, d'informations strictement nécessaires à leur prise en charge et relatives à leur état de santé, à leur situation sociale ou à leur autonomie. La liste des professionnels et organismes à qui ces informations sont transmises est approuvée par la personne lors de l'expression du consentement. La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels ou organismes. Lorsque la personne concernée est hors d'état d'exprimer son accord, le consentement de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique doit être obtenu. A défaut, les informations en cause ne peuvent pas être échangées. Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des informations qui peuvent être transmises, les conditions de cette transmission ainsi que les professionnels et organismes susceptibles d'en être destinataires.

V. – En vue d'une généralisation, une évaluation annuelle des projets pilotes, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé qui y prennent part, la consommation de soins des personnes âgées, le maintien de leur autonomie ainsi que leur taux d'hospitalisation et, le cas échéant, de réhospitalisation, est réalisée en liaison avec la Haute Autorité de santé et les participants aux projets pilotes. Cette évaluation peut, sous réserve d'anonymat, comporter un suivi clinique individualisé et croiser des données relatives à la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des personnes âgées. Elle est transmise au Parlement avant le 1er octobre.

VI. – Par dérogation à l'article L. 1435-6 du code de la santé publique, les médecins désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé et les personnels placés sous leur responsabilité ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale lorsque ces données sont nécessaires à la préparation, à la mise en œuvre et à l'évaluation par les agences régionales de santé des expérimentations prévues au présent article, dans le respect des conditions prévues au chapitre X de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Article 49

L'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est abrogé et le dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Article 50

Après le 19° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 20° ainsi rédigé :

« 20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 321-1 ; ».

Article 51

Après le deuxième alinéa de l'article L. 161-8 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes mentionnées à l'article L. 5411-1 du code du travail qui bénéficient, en application du premier alinéa du présent article, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité,

invalidité et décès continuent, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, d'en bénéficier lorsqu'elles reprennent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations. »

Article 52

I. – Après le 19° de l'article L. 322-3 du même code, il est inséré un 21° ainsi rédigé :

« 21° Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs. »

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

1° A la seconde phrase du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

2° Après le premier alinéa du I de l'article L. 5134-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La délivrance et la prise en charge de contraceptifs sont protégées par le secret pour les personnes mineures. »

Article 53

Le Gouvernement remet au Parlement, un an après la promulgation de la présente loi, un rapport sur les conditions dans lesquelles pourrait être amélioré, notamment par une meilleure prise en charge financière, l'accès à une contraception choisie et adaptée pour tous.

Article 54

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

Article 55

I. – *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]*

II. – *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]*

III. – *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]*

IV. – Après l'article L. 165-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-8-1.* – Lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur encontre.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité.

« 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. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat. »

V. – *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]*

Article 56

Après l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-4-1.* – Le prix de vente au public des allergènes préparés spécialement pour un seul individu, définis à l'article L. 4211-6 du code de la santé publique et pris en charge par les organismes d'assurance maladie, est établi par convention entre la personne autorisée à les préparer et à les délivrer et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité.

« La fixation de ce prix tient principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation du prix, ainsi que les règles selon lesquelles certains de ces allergènes peuvent être exclus de la prise en charge par l'assurance maladie. »

Article 57

I. – L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Par dérogation au I et à titre exceptionnel, en présence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché, une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation établie dans les conditions prévues aux I à IV. Cette recommandation temporaire d'utilisation ne peut être établie que dans l'objectif soit de remédier à un risque avéré pour la santé publique, soit d'éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie. »

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

1° A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-2-1, la référence : « à l'article L. 5121-12-1 » est remplacée par la référence : « au I de l'article L. 5121-12-1 » ;

2° Après le même article L. 162-17-2-1, il est inséré un article L. 162-17-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-2-2.* – Les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée au V de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique peuvent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, être inscrites, au titre de cette recommandation temporaire d'utilisation et à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du présent code.

« Lorsque le médicament bénéficie d'au moins une indication remboursable au titre des listes prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7, il est pris en charge ou remboursé, en application du premier alinéa du présent article, dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

« A défaut :

« 1° Le prix ou le tarif de responsabilité de la spécialité est fixé par le Comité économique des produits de santé, par convention avec l'entreprise ou, en cas d'échec de la voie conventionnelle, par décision du comité, en tenant compte principalement des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament, de la population cible de patients concernés, des résultats d'une éventuelle évaluation médico-économique et, le cas échéant, des prix moyens constatés au titre de l'utilisation de la spécialité pour les autres indications remboursables en établissement de santé ;

« 2° Le taux de participation de l'assuré est fixé par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en fonction de la dernière évaluation de la spécialité par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les modalités, les règles de procédure et les délais relatifs à l'évaluation du médicament, à l'inscription sur les listes mentionnées au premier alinéa et à la fixation de son prix et du taux de participation de l'assuré. »

Article 58

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

Article 59

I. – Au VI de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), la référence : « , et le VII » est supprimée.

II. – Dans la perspective d'une redéfinition du service public hospitalier, le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée et le 3° de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

III. – L'article 1er de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est ainsi modifié :

1° Après le mot : « tard », la fin de la première phrase du XX et la fin du premier alinéa des XXI et XXII est ainsi rédigée : « jusqu'au 1er janvier 2016. » ;

2° Après le mot : « tard », la fin de la seconde phrase du XXIV est ainsi rédigée : « au 1er janvier 2016. »

Article 60

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cet avis porte également sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année en cours. » ;

2° A la première phrase du II de l'article L. 162-22-9, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

3° Après le même article L. 162-22-9, il est inséré un article L. 162-22-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-9-1.* – I. – Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements.

« II. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. » ;

4° Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

a) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1. » ;

b) Au dernier alinéa, la référence : « et 3° » est remplacée par les références : « , 3° et 4° ».

Article 61

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

Article 62

Un rapport détaillant les opérations projetées ou réalisées de construction d'établissements publics de santé en partenariat public-privé dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 et présentant les surcoûts financiers occasionnés par l'absence de maîtrise d'ouvrage publique est déposé par le Gouvernement sur le bureau des assemblées avant le 30 septembre 2013.

Article 63

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

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au début de la première phrase du premier alinéa, les mots : « Jusqu'au 1er janvier 2013, » sont supprimés ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La dérogation prévue au présent I prend fin au plus tard au 1er mars 2016 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code. » ;

2° A la première phrase du II, l'année : « 2012 » est remplacée par l'année : « 2015 » ;

3° Le VIII est ainsi modifié :

a) L'année : « 2013 » est remplacée par l'année : « 2015 » ;

b) Sont ajoutés les mots : « et comprise dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du même code ».

Article 64

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le I de l'article L. 162-5-13, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis.* – Les tarifs mentionnés au I ne peuvent pas donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux personnes détenues affiliées aux assurances maladie et maternité du régime général en application du premier alinéa de l'article L. 381-30. » ;

2° L'article L. 381-30 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, les mots : « Les détenus sont affiliés » sont remplacés par les mots : « Les personnes détenues sont affiliées » ;

b) Le deuxième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque les personnes détenues bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine dans les conditions prévues aux sections 5, 6 et 8 du chapitre II du titre II du livre V du code de procédure pénale exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, elles sont affiliées au régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité.

« Sont affiliées en application du premier alinéa du présent article les personnes détenues mentionnées au deuxième alinéa lorsqu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres ou qu'elles ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des régimes d'assurance maladie et maternité du régime dont elles relèvent au titre de leur activité. » ;

3° L'article L. 381-30-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « Durant leur incarcération » sont supprimés et, après le mot : « application », sont insérés les mots : « du premier alinéa » ;

b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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'Etat selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5. » ;

4° L'article L. 381-30-5 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– à la première phrase du premier alinéa, les mots : « détenus est financée par une dotation annuelle » sont remplacés par les mots : « 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 » ;
– à la seconde phrase du même alinéa, le mot : « détenus » est remplacé par les mots : « personnes détenues » ;
– après le mot : « financés », la fin de la même seconde phrase est ainsi rédigée : « selon les modalités de droit commun. » ;
– le second alinéa est supprimé ;

b) Le II est ainsi rédigé :

« II. – L'Etat 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.

« Pour les soins dispensés dans les établissements de santé, il verse les montants correspondants aux établissements concernés.

« Dans les autres cas, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affiliée la personne détenue assure le paiement de l'intégralité des frais de soins auprès des professionnels de santé dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations. L'Etat rembourse à la caisse la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2.

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

Article 65

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

1° Au 9° de l'article L. 312-1, après les mots : « "lits halte soins santé", sont insérés les mots : « , les structures dénommées "lits d'accueil médicalisés" » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 314-3-3, les mots : « et les structures dénommées lits halte soins santé » sont remplacés par les mots : « , les structures dénommées "lits halte soins santé" et les structures dénommées "lits d'accueil médicalisés" ».

II. – Au premier alinéa de l'article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « "lits halte soins santé" », sont insérés les mots : « , les structures dénommées "lits d'accueil médicalisés" ».

III. – Par dérogation à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, les structures dénommées « lits d'accueil médicalisés » ayant fait l'objet d'un agrément par l'arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité, au titre de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale, sont réputées autorisées, au titre du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, dans les conditions prévues au II du même article L. 312-1 et à l'article L. 313-1 du même code, à compter du 1er janvier 2013.

Article 66

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

Article 67

I. – A la première phrase du septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire » sont remplacés par les mots : « , qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire ou d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale disposant d'une pharmacie à usage intérieur ».

II. – Les huitième à avant-dernier alinéas du même article L. 314-8 sont supprimés.

III. – Le 4° du XXI de l'article L. 543-1 du même code est abrogé.

IV. – Le 4° du I de l'article 80 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 est abrogé.

V. – Les II et III du présent article entrent en vigueur le 1er juillet 2013.

VI. – *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]*

Article 68

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le chapitre IV *quater* du titre Ier du livre Ier est complété par un article L. 114-25 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-25.* – Des conventions de mise à disposition de services, d'équipements et de biens peuvent être conclues entre les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale en vue de l'accomplissement de leurs missions.

« Ces conventions fixent les conditions de remboursement par le bénéficiaire des frais lui incombant.

« Elles ne sont pas soumises aux règles prévues par le code des marchés publics ou par l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics si ces conventions portent sur des services, biens et équipements assurés ou gérés par l'un des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale. » ;

2° La première phrase du II de l'article L. 216-2-1 est complétée par les mots : « , notamment agir en demande et en défense devant les juridictions » ;

3° L'article L. 224-5 est ainsi modifié :

a) A la fin du troisième alinéa, les mots : « ou des organismes locaux » sont remplacés par les mots : « , des organismes locaux du régime général, de tout organisme de tout autre régime de sécurité sociale et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;

b) A la fin de la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « , des organismes locaux du régime général et de tout organisme de tout autre régime de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « pour la réalisation de travaux portant sur des sujets d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières ».

Article 69

Au *a bis* des 1 et 2 du I, au dernier alinéa du III et aux *a bis* et *b bis* du V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « l'année 2012 » sont remplacés par les mots : « les années 2012 et 2013 ».

Article 70

Par dérogation au IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles et à titre exceptionnel pour l'année 2013, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie finance une aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1° et 2° de l'article L. 313-1-2 du même code, dans la limite de 50 millions d'euros.

Les critères et les modalités de la répartition de ces crédits entre les services mentionnés au premier alinéa du présent article sont définis par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de la cohésion sociale.

Les agences régionales de santé sont chargées de la répartition des crédits.

Ces crédits permettent aux directeurs généraux des agences régionales de santé de signer avec les services d'aide et d'accompagnement relevant des 1° et 2° du même article L. 313-1-2 des conventions de financement pluriannuelles organisant le retour à l'équilibre pérenne de leurs comptes.

Ces conventions sont également signées par le président du conseil général du département dans lequel est situé le service, le cas échéant, par les directeurs des organismes de protection sociale finançant le service au titre de leur action sociale facultative, par la personne physique ou morale gestionnaire du service demandeur et, pour les services mentionnés au 2° dudit article L. 313-1-2, par le représentant de l'Etat dans le département dans lequel le service demandeur est situé.

Article 71

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 731-13, après le mot : « maternité », sont insérés les mots : « à l'exception de la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L. 732-4, et des cotisations » ;

2° Après l'article L. 731-35, sont insérés des articles L. 731-35-1 et L. 731-35-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 731-35-1.* – Pour la couverture des prestations mentionnées à l'article L. 732-4, une cotisation forfaitaire est à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

« Cette cotisation, qui est due par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant son activité à titre exclusif ou principal, est valable à la fois pour lui-même et pour les personnes mentionnées aux 2° et 3° du même article L. 732-4.

« La charge des prestations prévues audit article L. 732-4 ainsi que les frais de gestion et de contrôle médical sont couverts intégralement par le produit de la cotisation dont le montant est fixé, en tant que de besoin, chaque année, par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale, après avis d'une section spécialisée du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles comprenant des représentants de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, du groupement mentionné à l'article L. 731-31 et des organisations représentatives des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

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

« *Art. L. 731-35-2.* – La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole gère un fonds spécial destiné à financer les prestations mentionnées à l'article L. 732-4 et alimenté par les cotisations prévues à l'article L. 731-35-1.

« Les excédents constatés chaque année donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.

« La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole rend compte annuellement de la gestion de ce fonds spécial à la section spécialisée du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles mentionnée à l'article L. 731-35-1. » ;

3° L'article L. 732-4 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-4.* – Bénéficient d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée :

« 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 exerçant à titre exclusif ou principal ;

« 2° Les collaborateurs d'exploitation mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article ;

« 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article.

« Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation, aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée.

« Les articles L. 323-6 et L. 323-7 du code de la sécurité sociale sont applicables au service des prestations prévues au présent article.

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

4° Après le même article L. 732-4, il est inséré un article L. 732-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-4-1.* – L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752-5. Elle est majorée à l'issue de périodes d'incapacité fixées par décret. » ;

5° L'article L. 732-6 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-6.* – Les prestations allouées en application de l'article L. 732-3 sont, sous réserve des articles L. 732-4 et L. 732-7 à L. 732-9, celles que prévoit la section 2 du chapitre II du titre IV du présent livre relative à l'assurance maladie, maternité, invalidité des salariés des professions agricoles. » ;

6° Après le même article L. 732-6, il est inséré un article L. 732-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-6-1.* – La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole conclut, au nom des caisses de mutualité sociale agricole, une convention avec les organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30, qui précise les relations entre les caisses et lesdits organismes pour organiser la gestion des prestations prévues à l'article L. 732-4. Cette convention et, le cas échéant, ses avenants sont approuvés par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale. » ;

7° L'article L. 732-7 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Au début de la deuxième phrase du deuxième alinéa, les mots : « Ces statuts et règlements » sont remplacés par les mots : « Les statuts et règlements des organismes d'assurance mentionnés à l'article L. 731-30 » ;

8° A l'article L. 732-15, les mots : « en nature » sont supprimés ;

9° Au premier alinéa de l'article L. 762-4, après le mot : « maternité », sont insérés les mots : « à l'exception de la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L. 762-18-1 » ;

10° Après l'article L. 762-13, il est inséré un article L. 762-13-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 762-13-1.* – Pour l'application de l'article L. 731-13 concernant la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L. 732-4, la référence à l'article L. 732-4 est remplacée par la référence à l'article L. 762-18-1. » ;

11° L'article L. 762-18 est ainsi modifié :

a) A l'avant-dernier alinéa, les mots : « et des accidents de la vie privée » sont supprimés ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

12° Après le même article L. 762-18, il est inséré un article L. 762-18-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 762-18-1.* – Bénéficient d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée :

« 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 762-7 exerçant à titre exclusif ou principal ;

« 2° Les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article ;

« 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés à l'article L. 722-10 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article.

« Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation, aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée.

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

II. – Le premier alinéa de l'article L. 134-11-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il n'est pas tenu compte dans ce solde de la différence entre les produits relatifs aux cotisations mentionnées aux articles L. 731-35-1 et L. 762-13-1 du même code et les charges relatives aux indemnités mentionnées aux articles L. 732-4 et L. 762-18-1 dudit code ainsi qu'aux frais de gestion et de contrôle médical associés à ces indemnités. »

III. – Le 13° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est complété par les mots : « dans les conditions fixées par l'article L. 134-11-1 du code de la sécurité sociale ».

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2014.

Article 72

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

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 1142-22, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

2° L'article L. 1142-23 est ainsi modifié :

a) Le 7° est abrogé ;

b) Le 8° devient le 7° ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 1142-24-3, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C, par le virus T-lymphotropique humain » ;

4° L'article L. 1221-14 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

– après le mot : « indemnisées », sont insérés les mots : « au titre de la solidarité nationale » ;

– sont ajoutés les mots : « , à l'exception de la seconde phrase du premier alinéa » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

– la seconde phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« L'office recherche les circonstances de la contamination. S'agissant des contaminations par le virus de l'hépatite C, cette recherche est réalisée notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. » ;

c) L'avant-dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'office a indemnisé une victime, il peut directement demander à être garanti des sommes qu'il a versées par les assureurs des structures reprises par l'Etablissement français du sang en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1er septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

« L'office et les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'Etablissement français du sang, venu aux droits et obligations des structures mentionnées à l'avant-dernier alinéa, si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré. »

II. – Le IV de l'article 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'office a indemnisé une victime et, le cas échéant, remboursé des tiers payeurs, il peut directement demander à être garanti des sommes qu'il a versées par les assureurs des structures reprises par

l'Etablissement français du sang en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1er septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

« Les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'office si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré. »

III. – Le dernier alinéa du *a* et le *c* du 4° du I s'appliquent aux actions juridictionnelles engagées à compter de la date du 1er juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

Le II s'applique aux actions juridictionnelles en cours à la date du 1er juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

IV. – Lorsque l'Etablissement français du sang et un assureur ont mis fin aux contrats conclus entre l'assureur et l'un des centres de transfusion sanguine repris par l'Etablissement français du sang en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1er septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine couvrant l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang, le montant de la somme perçue à ce titre par l'Etablissement français du sang est rétrocédé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Ce montant est réparti entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 73

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 370,27 millions d'euros pour l'année 2013.

II. – Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 124 millions d'euros pour l'année 2013.

III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 22,2 millions d'euros pour l'année 2013.

IV. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2013, à 160 millions d'euros, selon une répartition entre les régimes fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

V. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé à 43 millions d'euros pour l'année 2013. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 65,1 millions d'euros pour l'année 2013.

VI. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 83,65 millions d'euros pour l'année 2013, qui sont répartis entre actions par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées.

VII. – Après le III *quater* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), il est inséré un III *quinquies* ainsi rédigé :

« III *quinquies*. – Le fonds peut financer les missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé déléguées par le ministre chargé de la santé au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés, mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. »

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

1° Le chapitre VIII du titre III du livre Ier est ainsi modifié :

a) L'article L. 138-8 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-8.* – Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

b) L'article L. 138-18 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-18.* – Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

2° Le titre VI du livre Ier est ainsi modifié :

a) A la fin de la première phrase du 2° de l'article L. 161-45, les mots : « les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 » sont remplacés par les mots : « des conditions fixées par décret » ;

b) Au premier alinéa de l'article L. 162-18, les mots : « , la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole » sont supprimés ;

c) L'article L. 162-37 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-37.* – Le montant des remises prévues aux articles L. 162-18 et L. 165-4 est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

d) A la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 165-4, les mots : « , la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole » sont supprimés ;

e) L'article L. 162-17-2-1 est ainsi modifié :

– la première phrase de l'avant-dernier alinéa est complétée par les mots : « , son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37 » ;

– au dernier alinéa, les mots : « et les délais de procédure, les modes de calcul » sont remplacés par les mots : « , les délais de procédure et les modes de calcul » et les mots : « et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale » sont supprimés ;

f) Après le mot : « affecté », la fin de la seconde phrase du seizième alinéa de l'article L. 162-17-4 est ainsi rédigée : « selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. » ;

g) A la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-17-4-1, les mots : « aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie » sont supprimés ;

h) L'article L. 162-17-7 est ainsi modifié :

– au troisième alinéa, les mots : « , les modes de calcul de la pénalité financière et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « et les modes de calcul de la pénalité financière » ;

– après le mot : « affecté », la fin de la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. » ;

i) A la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-17-8 et du dernier alinéa du II de l'article L. 165-1-2, les mots : « aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie » sont supprimés ;

j) L'article L. 165-3 est ainsi modifié :

– après le mot : « affecté », la fin de la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. » ;

– au dernier alinéa, les mots : « , ainsi que la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale, » sont supprimés ;

k) L'article L. 165-5 est ainsi modifié :

– après le mot : « affecté », la fin de la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. » ;

– au dernier alinéa, les mots : « et les délais de procédure, les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « , les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière » ;

l) A la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 165-13, les mots : « aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie » sont supprimés ;

3° L'article L. 221-1-1 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du II est ainsi rédigée :

« Le versement et la répartition de la dotation entre les régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret. » ;

b) [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

c) [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

d) [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

e) [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

f) [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

g) [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

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

1° Le douzième alinéa (1°) de l'article L. 1142-23 est ainsi rédigé :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret ; » ;

2° Le 4° de l'article L. 1222-8 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ; » ;

3° Le 2° de l'article L. 1417-8 est ainsi rédigé :

« 2° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ; » ;

4° Le 2° de l'article L. 1418-7 est ainsi rédigé :

« 2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret ; » ;

5° *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]*

6° A la fin du 5° de l'article L. 3135-4, les mots : « répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par une phrase ainsi rédigée : « Le versement et la répartition de la contribution entre les régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret ; » ;

7° A la fin du 1° de l'article L. 6113-10-2, les mots : « versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par une phrase ainsi rédigée : « Le versement et la répartition de la contribution entre les régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret ; ».

C. – Le 3° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est abrogé.

D. – Le 2° du I de l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale est ainsi rédigé :

« 2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ; ».

E. – A la fin du troisième alinéa de l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les mots : « , versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par une phrase ainsi rédigée : « La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret. »

F. – A l'article 69 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, les mots : « les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « des conditions fixées par décret ».

G. – La seconde phrase du premier alinéa du V de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée est ainsi rédigée : « Le versement et la répartition entre les différents régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret. »

Article 74

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

Article 75

Pour l'année 2013, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 190,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 165,0 milliards d'euros.

Article 76

Pour l'année 2013, 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)

	OBJECTIFS DE DÉPENSES
Dépenses de soins de ville	80,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,7
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8

	OBJECTIFS DE DÉPENSES
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,7
Autres prises en charge	1,3
Total	175,4

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 77

I. – Le premier alinéa de l'article L. 732-21 du code rural et de la pêche maritime est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « , composée des pensions de retraite forfaitaire et de retraite proportionnelle dans les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 732-24. Les modalités de calcul de la pension sont fixées par décret. »

II. – L'article L. 762-28 du même code est ainsi modifié :

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

« L'interruption d'activité résultant de maladie ou d'infirmité grave empêchant toute activité professionnelle ne prive pas l'intéressé de droit à la pension de retraite, composée des pensions de retraite forfaitaire et de retraite proportionnelle dans les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 762-29. Les modalités de calcul de la pension sont fixées par décret. » ;

2° Au second alinéa, les mots : « ou de maladie ou d'infirmités graves » sont supprimés.

Article 78

I. – Les I et II de l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« I. – Les ressources de ce fonds sont celles qui lui sont spécifiquement affectées par les parties conventionnelles.

« II. – Pour les médecins libéraux, le fonds peut participer au financement de l'aide mentionnée à l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

« Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures mentionnées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, le fonds peut financer le développement professionnel continu et participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation. »

II. – L'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale est abrogé.

III. – Le solde, constaté au 31 décembre 2012, de la sous-section du fonds mentionné à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale retraçant les recettes et les dépenses liées au produit de la cotisation et au service de l'allocation de remplacement, prévues à l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale, est affecté à la section du fonds relative aux médecins.

Article 79

L'article L. 645-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du premier alinéa, une valeur de service plus favorable peut être prévue par décret pour les pensions de réversion, au titre d'un nombre de points n'excédant pas un seuil défini par décret. »

Article 80

I. – Le code des transports est ainsi modifié :

1° L'article L. 5552-31 est ainsi modifié :

a) A la première phrase du premier alinéa, les mots : « de la pension de réversion » sont remplacés par les mots : « définie par décret en Conseil d'Etat de la pension dont le marin était ou aurait été titulaire » ;

b) Au second alinéa, après le mot : « pension », sont insérés les mots : « de réversion », après le mot : « enfants », sont insérés les mots : « dans les conditions fixées à l'article L. 5552-36 » et, à la fin, sont ajoutés les mots : « et de l'âge prévu à l'article L. 5552-33 » ;

2° L'article L. 5552-34 est abrogé ;

3° L'article L. 5552-36 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5552-36.* – En cas de pluralité d'ayants cause du marin, la pension de réversion prévue à l'article L. 5552-25 est répartie entre les bénéficiaires des différents lits comme suit :

« 1° Les conjoints survivants ou divorcés ayant droit à la pension de réversion ont droit à une part de la pension de réversion correspondant au rapport entre leur nombre et le nombre total de lits en présence. Cette part est ensuite partagée entre eux au prorata de la durée respective de chaque mariage. Un lit est constitué soit par le conjoint survivant, soit par chaque conjoint divorcé survivant, soit par chaque fratrie d'orphelins du marin dont l'autre parent n'a pas ou plus droit à pension de réversion ;

« 2° La différence entre le montant global de la pension de réversion et la part de cette pension versée aux conjoints survivants ou divorcés en application du 1° est répartie également entre les orphelins ayant droit à cette pension mentionnés au même 1°. » ;

4° L'article L. 5552-37 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5552-37.* – Lorsqu'au décès du marin il existe plusieurs conjoints ou anciens conjoints survivants ayant droit à l'allocation annuelle proportionnelle prévue à l'article L. 5552-29, cette allocation est répartie entre eux au prorata de la durée respective de chaque mariage. » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 5552-44, après la référence : « L. 5552-31 », sont insérées les références : « , L. 5552-36, L. 5552-37 ».

II. – Le I est applicable aux pensions de réversion liquidées à compter du 1er janvier 2013.

Dans les cas où son application conduit à la révision et à la liquidation d'une pension inférieure à ce que percevait l'ayant cause du marin avant le 1er janvier 2013, cet ayant cause conserve le bénéfice de l'ancienne pension jusqu'à la notification du nouveau montant calculé en application de l'article L. 5552-36 du code des transports, dans sa rédaction issue de la présente loi. Le trop-perçu ne peut faire l'objet d'aucune demande de l'administration tendant à la répétition des sommes indûment versées.

Article 81

L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :

1° L'article 13 est ainsi rédigé :

« *Art. 13.* – Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime mahorais est fixé à la même date et au même taux que ceux applicables au régime général d'assurance vieillesse en application de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article 29 est ainsi modifié :

a) Au début, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le coefficient annuel de revalorisation de l'allocation spéciale pour les personnes âgées est fixé dans les conditions prévues à l'article 13 de la présente ordonnance. » ;

b) Au premier alinéa, les mots : « ainsi que les modalités de revalorisation sont fixés » sont remplacés par les mots : « est fixé ».

Article 82

I. – Les cotisations versées du 13 juillet 2010 au 31 décembre 2011 par l'assuré né entre le 1er janvier 1952 et le 31 décembre 1955 inclus, en application des articles L. 351-14-1, L. 634-2-2, L. 643-2 et L. 723-10-3 du code de la sécurité sociale, de l'article L. 732-27-1 du code rural et de la pêche maritime et de l'article L. 9 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que celles versées en application des dispositions réglementaires ayant le même objet applicables aux fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales et aux ouvriers régis par le régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, lui sont remboursées sur sa demande à la condition qu'il n'ait fait valoir aucun des droits aux pensions personnelles de retraite auxquels il peut prétendre au titre des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires. Les demandes de remboursement doivent être présentées dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi. Les assurés concernés, qu'ils résident en France ou hors de France, sont informés de cette possibilité.

Le montant des cotisations à rembourser est calculé en revalorisant les cotisations versées par l'assuré par application chaque année du coefficient annuel de revalorisation mentionné à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

II. – 1. Le I du présent article est applicable aux salariés agricoles mentionnés au premier alinéa de l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime et aux personnes mentionnées à l'article L. 382-29 du code de la sécurité sociale.

2. Le I du présent article est applicable dans les mêmes conditions aux rachats mentionnés aux articles L. 351-14, L. 742-2 et L. 742-7 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 732-52 du code rural et de la pêche maritime.

Article 83

I. – Les bénéficiaires d'une pension de retraite versée par un organisme français et résidant hors de France doivent fournir une fois par an au plus à leurs caisses de retraite un justificatif d'existence.

II. – La suspension du versement de la pension de retraite dans le cas où le bénéficiaire ne justifie pas de son existence ne peut avoir lieu qu'à l'expiration d'un délai minimal d'un mois à compter de la date fixée par la caisse de retraite pour la réception du justificatif.

III. – Les régimes obligatoires de retraite peuvent mutualiser la gestion des certificats d'existence, dans des conditions fixées par décret.

Article 84

Pour l'année 2013, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 218,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 115,3 milliards d'euros.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles

Article 85

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

1° Le *c* du I de l'article L. 241-10 est ainsi modifié :

a) Au dernier alinéa, les mots : « de la législation des accidents du travail ou » sont supprimés ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« – soit d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne servie au titre de la législation des accidents du travail ; » ;

2° Le troisième alinéa de l'article L. 434-2 est ainsi rédigé :

« La victime titulaire d'une rente, dont l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, a droit à une prestation complémentaire pour recours à tierce personne lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie. Le barème de cette prestation est fixé en fonction des besoins d'assistance par une tierce personne de la victime, évalués selon des modalités précisées par décret. Elle est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 341-6. » ;

3° Le troisième alinéa de l'article L. 413-4 est ainsi rédigé :

« 2° La prestation complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2. » ;

4° A l'article L. 413-7, le mot : « majorations » est remplacé par le mot : « prestations » ;

5° A la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 443-1, les mots : « majoration pour assistance d'une » sont remplacés par les mots : « prestation complémentaire pour recours à » ;

6° Au huitième alinéa de l'article L. 821-1, les mots : « majoration pour aide d'une » sont remplacés par les mots : « prestation complémentaire pour recours à ».

II. – L'article L. 232-23 du code de l'action sociale et des familles est complété par les mots : « , ni avec la prestation complémentaire pour recours à tierce personne prévue à l'article L. 434-2 du même code ».

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

1° Au septième alinéa de l'article L. 752-6, les mots : « le montant de la rente est majoré. La majoration ne peut être inférieure au montant minimum prévu » sont remplacés par les mots : « cette victime a droit à la prestation complémentaire pour recours à tierce personne prévue » ;

2° Le début du 2° du I de l'article L. 751-43 est ainsi rédigé :

« 2° La prestation complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée à l'article... *(le reste sans changement).* » ;

3° Le début de la seconde phrase du 3° de l'article L. 753-8 est ainsi rédigé : « Son montant est calculé conformément aux dispositions prévues pour la prestation complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée au troisième alinéa de l'article... *(le reste sans changement).* »

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1er mars 2013.

Les bénéficiaires de la majoration pour tierce personne prévue au troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur du présent article, en conservent le bénéfice tant qu'ils remplissent les conditions d'attribution. Ils peuvent à tout moment opter, dans des conditions prévues par décret, pour le bénéfice de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne. Cette option est définitive.

Article 86

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

1° L'article L. 452-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « récupère », la fin du sixième alinéa est ainsi rédigée : « le capital représentatif auprès de l'employeur dans des conditions déterminées par décret. » ;

b) Les deux derniers alinéas sont supprimés ;

2° Après l'article L. 452-3, il est inséré un article L. 452-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 452-3-1.* – Quelles que soient les conditions d'information de l'employeur par la caisse au cours de la procédure d'admission du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur par une décision de justice passée en force de chose jugée emporte l'obligation pour celui-ci de s'acquitter des sommes dont il est redevable à raison des articles L. 452-1 à L. 452-3. » ;

3° Au dernier alinéa de l'article L. 452-4, les mots : « des cotisations complémentaires prévues à l'article L. 452-2 et, au cas de cession ou de cessation de l'entreprise, le paiement du capital mentionné au même article sont garantis » sont remplacés par les mots : « du capital prévu à l'article L. 452-2 est garanti ».

II. – Les 1° et 3° du I sont applicables au titre des majorations de rente et d'indemnités en capital ayant pris effet à compter du 1er avril 2013. Le 2° du même I est applicable aux actions en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur introduites devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale à compter du 1er janvier 2013.

Article 87

I. – L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi modifié :

1° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les deuxième et troisième phrases du troisième alinéa sont applicables aux bénéficiaires et anciens bénéficiaires d'une allocation ayant un objet analogue à celle prévue au présent article et servie à raison de l'exercice d'une activité professionnelle emportant affiliation à un régime mentionné à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux bénéficiaires de pensions de vieillesse servies par l'un de ces régimes. » ;

2° A la deuxième phrase du premier alinéa du III, le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « troisième ».

II. – Après les mots : « présent code, », la fin du premier alinéa de l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2, L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime ou des troisième et quatrième alinéas du II de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998). »

Article 88

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2013, à 790 millions d'euros.

Article 89

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 115 millions d'euros pour l'année 2013.

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 890 millions d'euros pour l'année 2013.

Article 90

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1er juillet 2013, un rapport sur les modalités de création d'une nouvelle voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

Ce rapport présente la faisabilité d'une admission sur présomption d'exposition significative à partir d'un faisceau d'indices tels le secteur d'activité, la durée d'exposition, la période d'activité ou les conditions d'exercice.

Article 91

Pour l'année 2013, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 11,9 milliards d'euros.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Article 92

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.]

Article 93

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

1° Après la section 2 du chapitre II du titre IV du livre V, est insérée une section 3 ainsi rédigée :

« Section 3

« Dispositions relatives aux locataires

« *Art. L. 542-7-1.* – La décision déclarant la recevabilité de la demande mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 331-3-1 du code de la consommation emporte rétablissement des droits à l'allocation de logement pour les locataires. Sauf dans le cas prévu au dernier alinéa du II de l'article L. 553-4 du présent code ou refus du bailleur, le déblocage des allocations s'effectue au profit de ce dernier. » ;

2° Au dernier alinéa de l'article L. 755-21, après la référence : « L. 542-7 », est insérée la référence : « , L. 542-7-1 » ;

3° Le chapitre Ier du titre III du livre VIII est complété par une section 2 ainsi rédigée :

« Section 2

« Dispositions spéciales aux locataires

« *Art. L. 831-8.* – La décision déclarant la recevabilité de la demande mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 331-3-1 du code de la consommation emporte rétablissement des droits à l'allocation de logement pour les locataires. Sauf dans le cas prévu à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 835-2 du présent code ou refus du bailleur, le déblocage des allocations s'effectue au profit de ce dernier. »

II. – Le 2° du I est applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

III. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2013 et s'applique à compter de cette date, à la demande du débiteur, aux demandes prévues au I de l'article L. 331-3 du code de la consommation déclarées recevables et en cours d'instruction.

Article 94

I. – La section 2 du chapitre V du titre II du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifiée :

A. – L'intitulé est complété par les mots : « et d'accueil de l'enfant ».

B. – L'article L. 1225-35 est ainsi modifié :

1° Le début du premier alinéa est ainsi rédigé :

« Après la naissance de l'enfant et dans un délai déterminé par décret, le père salarié ainsi que, le cas échéant, le conjoint salarié de la mère ou la personne salariée liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle bénéficient d'un congé de paternité et d'accueil de l'enfant de onze... *(le reste sans changement).* » ;

2° Aux deux derniers alinéas, après le mot : « paternité », sont insérés les mots : « et d'accueil de l'enfant » ;

C. – A l'article L. 1225-36, après le mot : « paternité », sont insérés les mots : « et d'accueil de l'enfant ».

II. – Au 5° de l'article L. 1142-3 et au 3° de l'article L. 1262-4 du même code, après le mot : « paternité », sont insérés les mots : « et d'accueil de l'enfant ».

III. – L'article L. 1225-28 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 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. »

IV. – Au 2° de l'article L. 3141-5 du même code, les mots : « maternité, paternité » sont remplacés par les mots : « de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ».

V. – Le code de la défense est ainsi modifié :

A. – Au *b* du 1° de l'article L. 4138-2, les mots : « pour maternité, paternité ou adoption » sont remplacés par les mots : « de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ».

B. – A l'article L. 4138-4, les mots : « pour maternité, paternité ou adoption » sont remplacés par les mots : « de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ».

VI. – A l'article L. 5553-3 du code des transports, après le mot : « paternité », sont insérés les mots : « et d'accueil de l'enfant ».

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

A. – Le titre III du livre III est ainsi modifié :

1° L'intitulé est complété par les mots : « et d'accueil de l'enfant » ;

2° L'intitulé du chapitre Ier est complété par les mots : « et d'accueil de l'enfant » ;

3° L'article L. 331-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 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. » ;

4° L'intitulé de la section 4 du chapitre Ier est complété par les mots : « et d'accueil de l'enfant » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 331-8, les mots : « Après la naissance de son enfant » sont remplacés par les mots : « Lorsqu'il exerce son droit à congé prévu à l'article L. 1225-35 du code du travail » et les mots : « le père assuré » sont remplacés par les mots : « l'assuré ».

B. – L'article L. 613-19-2 est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, les mots : « Les pères, qui » sont remplacés par les mots : « Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, lorsqu'ils » ;

2° Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le père conjoint collaborateur remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 613-19-1 ainsi que, le cas échéant, le conjoint collaborateur de la mère autre que le père remplissant les mêmes conditions bénéficient... *(le reste sans changement).* »

C. – L'article L. 722-8-3 est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, les mots : « Les pères relevant » sont remplacés par les mots : « Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, lorsqu'ils relèvent » ;

2° Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le père conjoint collaborateur remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 722-8-1 ainsi que, le cas échéant, le conjoint collaborateur de la mère autre que le père remplissant les mêmes conditions bénéficient... *(le reste sans changement).* »

D. – Au 1° de l'article L. 168-7, aux 7° et 8° de l'article L. 223-1, au 1° du II de l'article L. 532-2 et au 1° de l'article L. 544-9, après le mot : « paternité », sont insérés les mots : « et d'accueil de l'enfant ».

E. – Au 7° du II de l'article L. 136-2, après le mot : « paternité », sont insérés les mots : « et de l'accueil de l'enfant ».

F. – A la première phrase de l'article L. 712-3, après le mot : « paternité », sont insérés les mots : « et accueil de l'enfant ».

VIII. – Le début du premier alinéa de l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, lorsqu'ils appartiennent aux catégories... *(le reste sans changement).* »

IX. – Au septième alinéa de l'article 22 *bis* et au deuxième alinéa du 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'Etat, au huitième alinéa de l'article 38 *bis* et au deuxième alinéa du 5° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, au septième alinéa de l'article 32-2 et au deuxième alinéa du 5° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et au deuxième alinéa de l'article 6 de la loi n° 2005-159 du 23 février 2005 relative au contrat de volontariat de solidarité internationale, après le mot : « paternité », sont insérés les mots : « et d'accueil de l'enfant ».

Article 95

Pour l'année 2013, les objectifs de dépenses de la branche Famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 58,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 58,1 milliards d'euros.

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 96

Pour l'année 2013, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour le régime social des indépendants.

Article 97

Pour l'année 2013, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS DE CHARGES
Fonds de solidarité vieillesse	19,3

Section 6

Dispositions relatives à la gestion interne des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 98

I. – L'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa, la référence : « de l'article L. 324-10 » est remplacée par les références : « des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 » et la référence : « à l'article L. 141-11 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 3232-3 » ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé ;

3° Au dernier alinéa, les mots : « ainsi que la procédure décrite au deuxième alinéa, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, » sont supprimés.

II. – Après l'article L. 243-7-4 du même code, sont insérés des articles L. 243-7-5 à L. 243-7-7 ainsi rédigés :

« *Art. L. 243-7-5.* – Les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 peuvent procéder au redressement des cotisations et contributions dues sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis par les agents mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail. Ces organismes ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 611-8 du présent code mettent en recouvrement ces cotisations et contributions.

« *Art. L. 243-7-6.* – 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 est majoré de 10 % en cas de constat d'absence de mise en conformité. Un tel constat est dressé lorsque l'employeur n'a pas pris en compte les observations notifiées lors d'un précédent contrôle, que ces observations aient donné lieu à redressement ou non.

« 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.

« *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.

« 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. »

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

1° L'article L. 725-3-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 243-7-5 du code de la sécurité sociale est applicable aux régimes de protection sociale agricole, sous réserve de remplacer les références aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4 du même code par la référence à l'article L. 723-3 du présent code. » ;

2° La section 2 du chapitre V du titre II du livre VII est complétée par un article L. 725-22-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 725-22-1.* – Les articles L. 243-7-6 et L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale sont applicables aux régimes de protection sociale agricole, sous réserve de remplacer la référence à l'article L. 243-7 du même code par la référence à l'article L. 724-7 du présent code.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. » ;

3° Le troisième alinéa de l'article L. 741-10 est supprimé.

Article 99

L'article L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Les agents de direction des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale ; les agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 114-10, L. 243-7 et L. 611-16 du présent code et aux articles L. 724-7 et L. 724-8 du code rural et de la pêche maritime ; » ;

2° Le 4° est complété par les mots : « ; les agents de la Caisse nationale du régime social des indépendants désignés par son directeur à cet effet ».

Article 100

Le dernier alinéa de l'article L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Article 101

L'article L. 133-4-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4-5.* – Lorsqu'il est constaté que le donneur d'ordre n'a pas rempli l'une des obligations définies à l'article L. 8222-1 du code du travail et que son cocontractant a, au cours de la même période, exercé un travail dissimulé par dissimulation d'activité ou d'emploi salarié, l'organisme de recouvrement procède à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions dont le donneur d'ordre a bénéficié au titre des rémunérations versées à ses salariés. Le donneur d'ordre ou le maître d'ouvrage encourt la même sanction, dans les mêmes conditions, lorsqu'il est constaté qu'il a manqué à l'obligation mentionnée à l'article L. 8222-5 du code du travail.

« L'annulation s'applique pour chacun des mois au cours desquels les conditions mentionnées au premier alinéa du présent article sont vérifiées. Elle est calculée selon les modalités prévues aux deux derniers alinéas de l'article L. 133-4-2, sans que son montant global puisse excéder 15 000 € pour une personne physique et 75 000 € pour une personne morale.

« 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. »

ANNEXES

ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2011, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2011

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2011

(En milliards d'euros)

ACTIF	2011	2010	PASSIF	2011	2010
Immobilisations	**6,8**	**6,6**	**Capitaux propres**	**– 100,6**	**– 87,1**
Immobilisations non financières	4,0	3,9	**Dotations**	**32,9**	**32,8**
			Régime général	0,5	0,5
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,9	1,9	Autres régimes	3,8	3,7
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	28,3	28,3
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie, unions immobilières des organismes de sécurité sociale)	0,9	0,8	**Réserves**	**11,3**	**13,2**
			Régime général	2,6	2,6
			Autres régimes	6,3	6,7
			FRR	2,4	3,9
			Report à nouveau	**– 134,6**	**– 110,0**
			Régime général	4,9	– 13,5
			Autres régimes	– 0,1	– 1,3
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	0,0	– 3,2
			CADES	– 139,4	– 92,0
			Résultat de l'exercice	**– 10,7**	**– 23,9**
			Régime général	– 17,4	– 24,0
			Autres régimes	– 1,9	– 1,6
			FSV	– 3,4	– 4,1
			CADES	11,7	5,1
			FRR	0,3	0,6
			Autres	**0,6**	**0,7**
			FRR	0,6	0,7
			Provisions pour risques et charges	**17,9**	**17,0**
Actif financier	**58,9**	**50,8**	**Passif financier**	**170,1**	**146,8**

ACTIF	2011	2010	PASSIF	2011	2010
Valeurs mobilières et titres de placement	**45,1**	**44,7**	**Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)**	**162,6**	**118,8**
Autres régimes	6,9	9,2			
CADES	5,3	1,5	Régime général	5,6	17,5
FRR	32,9	33,9	CADES	156,9	101,2
Encours bancaire	**13,7**	**5,9**	**Dettes à l'égard d'établissements de crédits**	3,7	24,7
Régime général	1,3	0,8	Régime général (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	1,4	21,0
Autres régimes	1,2	0,7	Autres régimes (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	1,3	3,7
FSV	0,3	0,0	CADES	1,0	0,0
CADES	8,4	1,2	**Dépôts**	**0,2**	**0,8**
FRR	2,3	3,2	Régime général	0,2	0,8
Créances nettes au titre des instruments financiers	**0,1**	**0,2**	**Dettes nettes au titre des instruments financiers**	**0,1**	**0,1**
CADES	0,1	0,2	FRR	0,1	0,1
			Autres	**3,5**	**2,4**
			Régime général	0,0	0,3
			Autres régimes	0,1	0,1
			CADES	3,4	2,0
Actif circulant	**65,4**	**60,0**	**Passif circulant**	**43,7**	**40,8**
Créances sur prestations	7,3	7,8	Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	22,3	21,3
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	7,9	5,6			
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale	35,5	32,3	Dettes à l'égard des cotisants	1,2	1,4
Créances sur l'Etat et autres entités publiques	8,9	9,6	Dettes et CAP à l'égard de l'Etat et autres entités publiques	9,7	8,6
Produits à recevoir de l'Etat	0,4	0,5			
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régularisation)	5,5	4,1	Autres passifs (créditeurs divers, comptes d'attente et de régularisation) dont soulte des industries électriques et gazières	10,5	9,5
Total de l'actif	**131,0**	**117,4**	**Total du passif**	**131,0**	**117,4**

Nota. – Les données figurant dans la colonne « 2010 » ont fait l'objet, par rapport à ce qui figure dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, des retraitements méthodologiques décrits en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Sur le champ de l'ensemble des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres, s'élevait à 100,6 milliards d'euros au 31 décembre 2011, soit l'équivalent de 5 points de produit intérieur brut (PIB). Ce passif net a augmenté de 13,4 milliards d'euros par rapport à celui constaté au 31 décembre 2010 (87,1 milliards d'euros) en raison essentiellement des déficits des régimes et du FSV pour l'année 2011 (soit 22,7 milliards d'euros), minorés de l'amortissement de la dette portée par la CADES (11,7 milliards d'euros), dont une partie (2,1 milliards d'euros) correspond à la mobilisation des réserves du FRR.

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (58,8 milliards d'euros, dont environ 60 % par le FRR et 23 % par la CADES dans le cadre de sa stratégie d'endettement à fin 2011), du besoin en fonds de roulement (différence de 21,7 milliards d'euros entre les actifs et passifs circulants) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 170,1 milliards d'euros au 31 décembre 2011 (contre 146,8 milliards d'euros au 31 décembre 2010).

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

II. – Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2011

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 17,4 milliards d'euros en 2011. La branche Maladie a ainsi enregistré un déficit de 8,6 milliards d'euros, la branche Vieillesse un déficit de 6,0 milliards d'euros, la branche Famille un déficit de 2,6 milliards d'euros et la branche Accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,2 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 3,4 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le

transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches Maladie et Famille du régime général, et, au cours de l'année 2012, des déficits 2011 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV. Conformément aux dispositions organiques, la CADES a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles hors branche Retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires, des ministres des cultes et des marins), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (fonction publique de l'Etat) équilibrés par ces derniers et enfin du régime social des indépendants dont les déficits sont couverts par une affectation à due proportion du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Cependant, deux régimes ne bénéficiant par de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2011 des résultats déficitaires.

S'agissant, d'une part, de la branche Retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 1,2 milliard d'euros (contre 1,3 milliard d'euros en 2010) et a fait l'objet d'un financement bancaire dans le respect du plafond fixé par la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 précitée. Il convient de rappeler que cette dernière avait par ailleurs transféré à la CADES les déficits cumulés de cette branche du régime des exploitants agricoles au titre des exercices 2009 et 2010.

S'agissant, d'autre part, de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), devenue déficitaire en 2010, le déficit s'est élevé à 0,4 milliard d'euros (après 0,5 milliard d'euros en 2010).

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 sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse à l'horizon 2017. A cet horizon, l'objectif du Gouvernement est le retour à l'équilibre financier de l'ensemble des comptes publics, et plus particulièrement de ceux des administrations de sécurité sociale hors Caisse d'amortissement de la dette sociale et Fonds de réserve pour les retraites. Les projections financières qui suivent sont donc la traduction concrète, en termes de leviers d'action sur les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les fonds concourant à leur financement qui sont gouvernés par les lois de financement de la sécurité sociale, de la stratégie mise en œuvre par le Gouvernement afin d'assurer le maintien d'un haut niveau de protection sociale et de redresser les finances publiques.

Dans un environnement économique contraint à court terme, mais porteur d'opportunités à moyen terme (I), cette stratégie repose tout à la fois sur un engagement résolu dans la recherche d'une plus grande efficience de la dépense sociale (II) et sur la mobilisation des recettes nécessaires pour couvrir cette dépense (III). En outre, le partage entre efforts en dépenses et en recettes et le choix même des mesures de dépenses et de recettes à mettre en œuvre doivent être déterminés en considération de l'exigence de justice dans la répartition de la contribution au rétablissement des comptes sociaux (IV).

I. – Un environnement contraint à court terme, mais porteur d'opportunités à moyen terme

Les hypothèses macro-économiques retenues dans la construction des projections jointes à la présente annexe retiennent pour 2012 une prévision de croissance de 2,5 % en valeur de la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources de la sécurité sociale. L'année 2013 serait légèrement moins favorable avec une progression de 2,3 % de la masse salariale privée. Cependant, sur les deux années cumulées, la croissance de la masse salariale serait un peu plus rapide que celle du produit intérieur brut (PIB) en valeur.

De 2014 à 2017, l'hypothèse retenue pour la progression de la masse salariale privée est de 4 % par an en valeur. Cette hypothèse est proche du rythme annuel moyen d'évolution de la masse salariale privée entre 1998 et 2007 (+ 4,1 %), alors que l'éventualité d'un rattrapage partiel des points de croissance perdus entre 2008 et 2012 par rapport à la tendance historique ne peut être écartée. Elle suppose néanmoins une croissance de la rémunération du travail salarié légèrement plus rapide que le PIB en valeur (4 % contre 3,75 %), prolongeant le constat observé depuis 2010 de la bonne tenue de l'emploi et des salaires.

Hypothèses retenues dans la projection pluriannuelle

(En pourcentage)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produit intérieur brut en volume	0,3	0,8	2,0	2,0	2,0	2,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Masse salariale privée	2,5	2,3	4,0	4,0	4,0	4,0
Inflation	2,0	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75
Objectif national de dépenses d'assurance maladie en valeur	2,6	2,7	2,6	2,5	2,5	2,5

En ce qui concerne les dépenses et les recettes sociales, les projections présentées ci-dessous ne comportent aucune mesure nouvelle autre que celles associées au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 et au projet de loi de finances pour 2013 – dont l'impact court sur l'ensemble de la période de projection – et que les actions, qui seront arrêtées sur une base annuelle et permettront de respecter des rythmes de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de 2,6 % en 2014 et de 2,5 % par an de 2015 à 2017.

Elles montrent qu'avec une progression des recettes plus forte à partir de 2014 et un effort important d'économies en dépenses résultant d'un taux d'évolution de l'ONDAM fixé à un niveau exigeant, les comptes des régimes de sécurité sociale se redresseront lentement, la réduction du déficit agrégé de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse étant de l'ordre de 1 milliard d'euros par an en 2014 et 2015 et de 2 milliards d'euros par an en 2016 et 2017.

Le déficit s'établirait à environ 10 milliards d'euros en 2017, ce qui est compatible avec l'équilibre d'ensemble des administrations de sécurité sociale, compte tenu, d'une part, des perspectives financières de l'assurance chômage, des régimes de retraite complémentaire et des hôpitaux publics et, d'autre part, de la reprise de dette de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) telle qu'elle est déjà prévue en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Cela montre cependant la nécessité d'actions continues de maîtrise de la dépense sociale afin d'obtenir qu'elle réponde au meilleur coût aux besoins de couverture sociale des Français et d'optimisation du financement de la sécurité sociale en sorte de couvrir toujours mieux les prestations sociales.

II. – **La recherche permanente d'une plus grande efficience de la dépense**

Le levier du redressement financier de la sécurité sociale est la modernisation de notre système de protection sociale, qui doit permettre de maîtriser la croissance des dépenses de la sécurité sociale tout en maintenant un haut niveau de protection sociale. La projection décrite dans la présente annexe retient l'hypothèse d'une progression annuelle moyenne entre 2012 et 2017 des charges nettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 3,2 % en valeur, soit 1,4 % en volume. Ce résultat sera obtenu au moyen d'un engagement résolu dans la recherche de l'efficience de la fourniture de ces prestations et services, tout particulièrement dans le domaine de l'assurance maladie.

Pour la branche Maladie, c'est évidemment le respect de l'ONDAM qui sera le plus décisif pour respecter l'objectif de progression modérée des charges des régimes. Le projet de loi de programmation des finances publiques permet en son article 7 de fixer une trajectoire d'évolution de cet objectif et détermine :

– des objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour chacune des années de la programmation, évalués en euros courants à périmètre constant ;
– le principe de la mise en réserve de dotations représentant l'équivalent d'au moins 0,3 % des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM au début de chaque exercice, afin de garantir le respect de cet objectif.

Pour 2012, le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale prévoit un montant de la dépense d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM inférieur de 350 millions d'euros à l'objectif voté en loi de financement, et ce malgré le rattachement à l'exercice 2012 des rémunérations sur objectifs des médecins, non prévu lors de la construction initiale de l'ONDAM pour 2012. La totalité de cette moindre dépense de 350 millions d'euros par rapport à l'objectif voté porte sur les soins ambulatoires. Partant, l'ONDAM est proposé pour 2013 à 175,4 milliards d'euros, en hausse de 2,7 % par rapport à la prévision pour 2012, ce qui correspond à un montant d'économies d'environ 2,4 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle.

Après 2013 et afin de garantir le retour rapide à l'équilibre des comptes sociaux, conformément aux objectifs de la loi de programmation des finances publiques, le Gouvernement a décidé de fixer l'évolution de l'ONDAM à 2,6 % pour 2014 puis 2,5 % pour chacune des années 2015 à 2017.

Au total, sur la période, cette programmation représente un effort estimé en moyenne à 2,7 milliards d'euros chaque année par rapport à la l'évolution tendancielle des dépenses.

Le respect de cette trajectoire nécessite la mise en œuvre d'actions volontaristes permettant d'améliorer la qualité des prises en charge tout en respectant la contrainte financière, dans le cadre d'une stratégie nationale de santé. Certaines de ces actions sont porteuses d'évolutions structurelles de l'offre de soins, qui produiront leurs pleins effets à moyen terme.

Au cœur de cet engagement figure l'amélioration des parcours de soins. Les soins de ville, l'hôpital, les établissements médico-sociaux et les acteurs sociaux ne peuvent plus fonctionner indépendamment les uns des autres. Cette stratégie nécessite, d'une part, de renforcer l'organisation des soins ambulatoires et, d'autre part, d'accompagner les évolutions du secteur hospitalier afin de permettre son recentrage sur les cas les plus aigus et les plus complexes.

La structuration d'équipes de soins de proximité, pluriprofessionnelles, constitue la première étape de mise en œuvre de ces parcours. Des équipes pluriprofessionnelles sont en effet à même de développer les nouvelles organisations et les nouveaux services (prévention, dépistage, coordination des parcours, éducation thérapeutique...) répondant aux besoins des patients. Un effort important sera ainsi engagé dès 2013 pour développer ces modes d'organisation.

Plus globalement, il convient de revoir la régulation du système pour décloisonner les parcours de santé entre les soins de ville, les soins hospitaliers et le secteur médico-social. De nouveaux modèles de financement seront mis en place à partir de 2013, dans certains territoires dans un premier temps, afin d'établir un nouveau modèle qui permettra de prodiguer au patient le geste de qualité, au bon endroit, au meilleur coût.

Ces développements s'accompagneront de la recherche de gains d'efficience des offreurs de soins, en particulier pour les établissements de santé et ceux parmi les professionnels de santé qui bénéficient de gains de productivité liés aux évolutions technologiques.

Dans le secteur hospitalier, des actions de rationalisation de la politique d'achat ainsi que de soutien à l'amélioration de la performance des établissements seront en outre menées, en mobilisant les agences régionales de santé.

Enfin, des actions de baisse de prix des produits de santé, mais aussi de promotion des médicaments génériques, seront conduites. Elles s'accompagneront d'actions visant à une meilleure justesse des prescriptions, en privilégiant les médicaments inscrits au répertoire, dans le cadre d'une promotion plus active des référentiels de bonne pratique et de bon usage.

Pour la branche Maladie de la sécurité sociale, l'objectif est de parvenir à réduire à 5,1 milliards d'euros le déficit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en 2013 et d'approcher l'équilibre financier en 2017 (– 1,4 milliard d'euros).

Le Parlement pourra prendre une part active au contrôle du respect de l'ONDAM et de cette trajectoire financière. Il pourra notamment s'appuyer sur les avis du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie qui intervient avant le 15 avril et le 31 mai de chaque exercice afin de rendre deux avis sur la réalisation de l'ONDAM de l'exercice écoulé et d'en analyser l'impact sur le respect de l'ONDAM de l'exercice en cours ainsi qu'avant la transmission du projet de loi de financement de la sécurité sociale à l'Assemblée nationale afin de porter une appréciation sur la robustesse des hypothèses sous-jacentes à la construction de l'ONDAM de l'année suivante.

S'agissant des retraites, la loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012 et la présente loi apportent des ressources significatives pour assurer le retour à l'équilibre des régimes de retraite. La concertation avec les partenaires sociaux se tiendra au premier semestre 2013 afin de permettre, à la lumière des nouvelles projections démographiques et financières qui seront rendues publiques par le Conseil d'orientation des retraites en fin d'année, de rendre notre système de retraite à la fois plus juste, plus lisible et plus pérenne financièrement. Un des enjeux sera également de conforter l'emploi des travailleurs âgés. Le contrat de génération, qui vise à favoriser le maintien des seniors dans l'emploi tout en favorisant la formation des salariés les plus jeunes à leur arrivée dans les entreprises, y contribuera.

Dans le domaine de la politique familiale, la grande conférence sociale qui s'est tenue les 9 et 10 juillet 2012 avec les partenaires sociaux a conclu à l'importance d'une meilleure adéquation des dispositifs aux besoins des familles. Dans cette perspective, les réflexions vont se poursuivre avec les acteurs de la politique familiale sur les adaptations à apporter aux différentes aides en faveur des familles, notamment dans le cadre du Haut Conseil de la famille. La concertation permettra de dégager des voies d'amélioration en termes d'efficience et d'équité, tout en préservant les résultats favorables réalisés par notre pays en matière de natalité et de participation des femmes à l'activité économique et en protégeant les intérêts des familles les plus fragiles.

III. – Couvrir les dépenses de sécurité sociale par des recettes dynamiques

L'existence de ressources dédiées est un des points centraux du modèle de sécurité sociale français. Assurer un financement qui évolue aussi vite que la richesse nationale constitue un impératif compte tenu de la nature des dépenses de la protection sociale.

Cela n'implique pas d'adopter des règles figées. En effet, la part des ressources de la sécurité sociale qui restent assises sur les salaires demeure élevée malgré la diversification du financement des régimes et les mesures qui ont visé à diminuer fortement les cotisations sur les bas salaires – deux mouvements qui sont très liés. Cette situation est aggravée en raison du niveau des cotisations et contributions autres que celles qui relèvent de la sécurité sociale de base. Si ce mode de financement est légitime, son importance n'est pas sans poser des questions. C'est notamment le cas s'agissant de ses effets potentiels sur l'emploi ou la compétitivité, même si, sur chacun de ces deux aspects, de nombreux autres facteurs jouent également. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a souhaité, à la suite de la grande conférence sociale de juillet, que l'ensemble des acteurs impliqués puissent travailler et faire des propositions sur ce thème au sein du Haut Conseil du financement de la protection sociale, qui rassemble des représentants des partenaires sociaux, du Parlement, de

l'Etat et des experts, que le Premier ministre a installé le 26 septembre. Le Gouvernement s'est donné pour objectif de conduire en 2013, sur la base de ces travaux, une réforme du financement de la protection sociale qui devra s'inscrire dans le cadre de la trajectoire de redressement des comptes sociaux décrite ici.

En tout état de cause, la préservation de la dynamique des ressources de la sécurité sociale nécessite de veiller à ce que leur assiette soit la plus large possible et ne subisse pas d'érosion. Il s'agit notamment de tenir compte de manière rapide des différentes évolutions des pratiques de rémunération et des autres facteurs qui peuvent avoir des effets sur les prélèvements sociaux. L'examen général des « niches sociales » est de ce point de vue un impératif. C'est sur ce volet que le Gouvernement a mené une action prioritaire par le biais des mesures de la loi n° 2012-958 du 16 août 2012 précitée et par celles qui sont présentées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Elles sont complétées par des dispositions propres à la fiscalité comportementale dont la nécessité est attestée par le recul enregistré sur certaines questions de santé publique. L'objectif est de fournir à la sécurité sociale dès cette année, par des mesures qui sont justifiées du point de vue de l'équité ou des incitations qu'elles entretiennent, la majeure partie des ressources qui lui manquent pour s'inscrire dans une trajectoire de redressement. Le choix du Gouvernement est ainsi de concentrer cet effort particulier, dès à présent, en retenant les mesures dont le rendement est le plus important. Il s'agit en particulier :

– de la hausse du forfait social, intervenue en août, qui vise à assurer une plus grande neutralité entre les différentes formes de rémunérations salariales ;
– de la hausse des prélèvements sur les revenus du patrimoine et les produits de placement adoptée également dans la loi n° 2012-958 du 16 août 2012 précitée et qui vise une plus grande neutralité d'assujettissement entre revenus du travail et revenus du capital ; cette mesure rejoint ce qui est proposé en matière d'impôts sur le revenu dans le projet de loi de finances pour 2013 ;
– des mesures présentées dans la présente loi s'agissant des prélèvements acquittés par les travailleurs indépendants.

L'exigence de pérennisation du financement de certains régimes spéciaux (Caisse nationale de retraites des agents des collectivités territoriales et Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales) conduira, en outre, à des augmentations de cotisations, qui sont intégrées à la trajectoire des régimes obligatoires de base présentée dans la présente annexe.

IV. – Garantir la justice dans la répartition de l'effort de redressement des comptes de la sécurité sociale

Le Gouvernement est également soucieux de la justice dans la répartition des efforts que le redressement des comptes requiert. Il ne s'agit pas seulement d'une exigence morale, mais d'une nécessité pour l'efficacité même des réformes à mettre en œuvre. Ainsi que l'a affirmé le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale le 3 juillet 2012, « la justice n'est pas simplement une exigence morale, elle est un facteur de croissance et de progrès (...). Ce qui est juste est une motivation au travail ».

L'objectif de retour à l'équilibre des comptes sociaux n'est pas incompatible avec la préoccupation de justice. C'est dans cet esprit que le Gouvernement a souhaité, dès le début de l'été, prendre des mesures en direction des Français les plus modestes. Ainsi, le décret n° 2012-847 du 2 juillet 2012 relatif à l'âge d'ouverture du droit à pension de vieillesse élargit-il les possibilités de départ en retraite pour les personnes ayant débuté jeunes leur parcours professionnel, et ce afin de corriger l'injustice de la précédente réforme des retraites qui avait décidé un relèvement uniforme de l'âge de la retraite. La majoration de 25 % de l'allocation de rentrée scolaire, une prestation qui bénéficie à la moitié la plus modeste des familles, a concrétisé l'engagement des pouvoirs publics d'apporter à ces familles un supplément de pouvoir d'achat au moment où elles ont à faire face à des dépenses supplémentaires. Dans le domaine des politiques de santé, le développement d'une offre de soins de proximité, la lutte contre les dépassements d'honoraires ou la revalorisation du rôle de l'hôpital public participent de la même ambition de renforcer la protection des Français les plus fragiles au moment où des efforts importants sont demandés à tous.

La logique du redressement dans la justice transparaît également dans le choix des mesures portant sur les recettes. En dehors de mesures transversales de rééquilibrage entre les grandes catégories de revenus décrites ci-dessus, la loi n° 2012-958 du 16 août 2012 précitée a marqué la volonté du Gouvernement de faire davantage contribuer au financement des politiques sanitaires et sociales certaines formes de hauts revenus : c'est le sens de l'alourdissement de la taxation des stock-options, des attributions gratuites d'actions et des retraites chapeaux. La présente loi poursuit dans cette voie. Elle propose de corriger, en outre, un certain nombre de règles existantes qui viennent réduire les droits des assurés ; c'est le cas des élus locaux et de l'assiette forfaitaire des employés à domicile.

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	141,8	148,0	155,0	159,8	165,0	170,8	176,8	182,6
Dépenses	153,4	156,6	160,5	165,0	169,6	174,3	179,1	184,0
Solde	**– 11,6**	**– 8,6**	**– 5,5**	**– 5,1**	**– 4,5**	**– 3,4**	**– 2,3**	**– 1,4**
Accidents du travail-maladies professionnelles								
Recettes	10,5	11,3	11,8	12,2	12,6	13,1	13,7	14,2
Dépenses	11,2	11,6	11,9	11,9	12,3	12,6	12,8	13,1
Solde	**– 0,7**	**– 0,2**	**– 0,1**	**0,3**	**0,4**	**0,6**	**0,8**	**1,1**
Famille								
Recettes	50,2	52,2	53,9	55,5	57,2	59,0	60,9	62,8
Dépenses	52,9	54,8	56,4	58,1	59,6	61,1	62,6	64,1
Solde	**– 2,7**	**– 2,6**	**– 2,5**	**– 2,6**	**– 2,4**	**– 2,1**	**– 1,7**	**– 1,3**
Vieillesse								
Recettes	93,4	100,5	105,2	111,3	115,5	119,8	124,3	128,4
Dépenses	102,3	106,5	110,4	115,3	119,7	124,4	129,2	133,3
Solde	**– 8,9**	**– 6,0**	**– 5,2**	**– 4,0**	**– 4,2**	**– 4,7**	**– 4,9**	**– 5,0**
Toutes branches consolidé								
Recettes	287,5	302,8	316,3	329,0	340,4	352,6	365,2	377,5
Dépenses	311,5	320,3	329,7	340,5	351,2	362,1	373,2	384,0
Solde	**– 23,9**	**– 17,4**	**– 13,3**	**– 11,4**	**– 10,8**	**– 9,6**	**– 8,0**	**– 6,5**

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

(En milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								
Recettes	164,9	171,8	179,4	185,0	191,0	197,4	204,0	210,5
Dépenses	176,3	180,3	184,9	190,1	195,4	200,7	206,1	211,7
Solde	**– 11,4**	**– 8,5**	**– 5,5**	**– 5,1**	**– 4,4**	**– 3,2**	**– 2,1**	**– 1,1**
Accidents du travail-maladies professionnelles								

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	11,9	12,8	13,3	13,7	14,1	14,7	15,2	15,8
Dépenses	12,6	13,0	13,3	13,3	13,6	14,0	14,3	14,5
Solde	**– 0,7**	**– 0,1**	**– 0,1**	**0,4**	**0,5**	**0,7**	**0,9**	**1,2**
Famille								
Recettes	50,8	52,7	54,3	55,9	57,6	59,4	61,4	63,3
Dépenses	53,5	55,3	56,9	58,6	60,1	61,6	63,1	64,6
Solde	**– 2,7**	**– 2,6**	**– 2,5**	**– 2,6**	**– 2,4**	**– 2,1**	**– 1,8**	**– 1,3**
Vieillesse								
Recettes	183,3	194,6	202,8	213,1	220,8	228,0	235,5	243,8
Dépenses	194,1	202,422	210,0	218,6	226,4	234,5	242,8	251,8
Solde	**– 10,8**	**– 7,9**	**– 7,1**	**– 5,5**	**– 5,6**	**– 6,6**	**– 7,3**	**– 8,0**
Toutes branches consolidé								
Recettes	401,7	421,7	439,4	457,0	472,7	488,4	504,7	521,8
Dépenses	427,2	440,8	454,7	469,9	484,6	499,6	514,8	531,0
Solde	**– 25,5**	**– 19,1**	**– 15,3**	**– 12,8**	**– 12,0**	**– 11,2**	**– 10,2**	**– 9,2**

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	9,8	14,0	14,6	16,8	16,7	17,2	18,0	18,6
Dépenses	13,8	17,5	18,6	19,3	19,5	19,4	19,3	19,2
Solde	**– 4,1**	**– 3,4**	**– 4,1**	**– 2,5**	**– 2,7**	**– 2,2**	**– 1,3**	**– 0,6**

ANNEXE C

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

I. – Recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2013

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS du travail-maladies professionnelles	RÉGIMES de base
Cotisations effectives	84,0	117,6	36,0	12,5	250,2

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS du travail-maladies professionnelles	RÉGIMES de base
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,4	1,4	0,6	0,0	3,4
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,1	0,1	0,3	39,2
Contribution sociale généralisée	64,7	0,0	9,9	0,0	74,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	28,9	18,4	8,4	0,1	55,9
Transferts	2,5	36,9	0,3	0,1	29,2
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	2,7	0,6	0,6	0,5	4,4
Recettes	**185,0**	**213,1**	**55,9**	**13,7**	**457,0**

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).

II. – Recettes, par catégorie et par branche, du régime général de sécurité sociale

Exercice 2013

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS du travail-maladies professionnelles	RÉGIME général
Cotisations effectives	75,0	70,5	35,7	11,6	192,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,1	1,0	0,6	0,0	2,6
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	56,4	0,0	9,9	0,0	66,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales	22,2	12,2	8,4	0,1	42,9
Transferts	2,6	27,4	0,3	0,0	20,6
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,6	0,2	0,5	0,4	3,7
Recettes	**159,8**	**111,3**	**55,5**	**12,2**	**329,0**

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 2013

(En milliards d'euros)

	FONDS de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	10,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,1
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	**16,8**

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 17 décembre 2012.

FRANÇOIS HOLLANDE

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
JEAN-MARC AYRAULT

Le ministre de l'économie et des finances,
PIERRE MOSCOVICI

La ministre des affaires sociales et de la santé,
MARISOL TOURAINE

Le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social,
MICHEL SAPIN

Le ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt,
STÉPHANE LE FOLL

Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget,
JÉRÔME CAHUZAC

La ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des personnes âgées et de l'autonomie,
MICHÈLE DELAUNAY

La ministre déléguée
auprès de la ministre des affaires sociales
et de la santé,
chargée de la famille,
DOMINIQUE BERTINOTTI

La ministre déléguée
auprès de la ministre des affaires sociales
et de la santé,
chargée des personnes handicapées
et de la lutte contre l'exclusion,
MARIE-ARLETTE CARLOTTI

---

(1) Loi n° 2012-1404.

– *Travaux préparatoires :*

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 287 ;

Rapport de M. Gérard Bapt, M. Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou et Mme Geneviève Levy, au nom de la commission des affaires sociales, n° 302 ;

Avis de Mme Valérie Rabault, au nom de la commission des finances, n° 301 ;

Discussion les 23, 24, 25 et 26 octobre 2012 et adoption le 30 octobre 2012 (TA n° 29).

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 103 (2012-2013) ;

Rapport de M. Yves Daudigny, M. Ronan Kerdraon, Mme Isabelle Pasquet, Mme Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy, au nom de la commission des affaires sociales, n° 107 (2012-2013) ;

Avis de M. Jean-Pierre Caffet, au nom de la commission des finances, n° 104 (2012-2013) ;

Discussion les 12, 13, 14 et 15 novembre 2012 et rejet le 15 novembre 2012 (TA n° 29, 2012-2013).

Assemblée nationale :

Projet de loi, rejeté par le Sénat, n° 415 ;

Rapport de M. Gérard Bapt, au nom de la commission mixte paritaire, n° 421.

Sénat :

Rapport de M. Yves Daudigny, au nom de la commission mixte paritaire, n° 137 (2012-2013) ;

Résultat des travaux de la commission, n° 138 (2012-2013).

Assemblée nationale :

Projet de loi, rejeté par le Sénat, n° 415 ;

Rapport de M. Gérard Bapt, M. Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou et Mme Geneviève Levy, au nom de la commission des affaires sociales, n° 430 ;

Discussion et adoption le 26 novembre 2012 (TA n° 46).

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, n° 162 (2012-2013) ;

Rapport de M. Yves Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, n° 164 (2012-2013) ;

Discussion et rejet le 29 novembre 2012 (TA n° 41, 2012-2013).

Assemblée nationale :

Projet de loi, rejeté par le Sénat en nouvelle lecture, n° 467 ;

Rapport de M. Gérard Bapt, M. Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou et Mme Geneviève Levy, au nom de la commission des affaires sociales, n° 468 ;

Discussion et adoption, en lecture définitive, le 3 décembre 2012 (TA n° 54).

– *Conseil constitutionnel :*

Décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012 publiée au *Journal officiel* de ce jour.