

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du budget, des comptes publics
et de la réforme de l'Etat

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2012

NOR : BCRX1125833L/Bleue-1

PREMIERE PARTIE
Dispositions relatives à l'exercice 2010

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2010, sont approuvés :

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	165,2	176,5	-11,4
Vieillesse	183,3	194,1	-10,8
Famille	50,8	53,5	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,9	12,6	-0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	401,9	427,5	-25,5

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

(en milliards d'euros)

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

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	9,8	13,8	-4,1

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

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

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

Exposé des motifs

Le déficit du régime général s'est élevé à 23,9 milliards d'euros en 2010 (soit 3,6 milliards de plus qu'en 2009) et celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base à 25,5 milliards d'euros (3,8 milliards de plus qu'en 2009). Le déficit du FSV s'est quant à lui établi à 4,1 milliards d'euros (0,9 milliard de plus qu'en 2009).

Les soldes des différentes branches du régime général sont, à l'exception de la branche vieillesse, très proches voire identiques aux soldes consolidés pour l'ensemble des régimes de base. Ceci résulte de l'existence de mécanismes d'équilibrage pour la plupart des régimes autres que le régime général : intégration financière au régime général, subvention d'équilibre de l'Etat, affectation d'une recette fiscale dédiée, etc. La branche retraite du régime des non salariés agricoles ne bénéficie pas d'un tel mécanisme et a enregistré un déficit de 1,3 milliard. C'est également le cas de la CNRACL dont le solde s'est élevé à -0,5 milliard en 2010.

Ces déficits, qui traduisent les conséquences de la crise sur l'équilibre financier de la sécurité sociale, et en particulier sur la dynamique de ses ressources, s'inscrivent néanmoins à un niveau très inférieur à ceux prévus dans les tableaux d'équilibre pour l'année 2010 votés en loi de financement pour 2010 ou encore en loi de financement pour 2011. Cette moindre dégradation tient principalement aux évolutions macroéconomiques plus favorables qu'initialement prévu, s'agissant en particulier de la croissance de la masse salariale du secteur privé (+2,0 % réalisés contre -0,4% prévus au moment le plus aigu de la crise) qui constitue l'assiette principale des recettes de la sécurité sociale.

Les dépenses entrant dans le périmètre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2010 se sont élevées à 161,8 milliards d'euros, soit 640 millions d'euros de moins que l'objectif initialement fixé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. L'objectif de dépense a ainsi été respecté pour la première fois depuis 1997. Les dépenses de soins de ville ont évolué sensiblement moins vite que prévu. En dépit de leur dynamisme, les dépenses hospitalières n'ont pas dépassé les sous-objectifs votés grâce à la non délégation d'une partie des crédits mis en réserve conformément aux recommandations du groupe présidé par M. Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie dont les conclusions ont été intégralement approuvées par le Président de la République.

Les chiffres figurant dans les tableaux d'équilibre présentés dans cet article sont établis de manière agrégée à partir des comptes 2010 des régimes et organismes, audités par la Cour des comptes (régime général) ou par des commissaires aux comptes (autres régimes et FSV) et soumis à l'approbation des conseils d'administration des régimes et organismes.

Dans son rapport remis au Parlement, la Cour des comptes a certifié, comme pour l'exercice précédent, les comptes des branches recouvrement et maladie du régime général, avec des réserves portant principalement sur le contrôle interne. Pour la première fois depuis 2007, elle a également certifié les comptes de la branche retraite du régime général, relevant notamment une amélioration de la qualité de la liquidation des pensions de retraite. En revanche, elle a exprimé un refus de certifier les comptes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), au regard principalement des problématiques de contrôle interne associées aux processus partagés entre les organismes des branches AT-MP et recouvrement.

Par ailleurs, les commissaires aux comptes du régime social des indépendants, du régime agricole et du régime des mines ont exprimé un refus de certification des comptes du fait des progrès restant à réaliser en matière de contrôle interne. Les comptes des autres régimes ont à l'inverse fait l'objet d'une certification, dans la majorité des cas sans réserve.

Si le total des recettes et le total des dépenses présentés ici s'écartent, pour les raisons méthodologiques décrites dans l'annexe 4 au présent projet de loi, du montant cumulé des données comptables des régimes, les soldes sont en revanche identiques aux résultats de l'exercice arrêtés par chacune des branches.

Article 2

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

DEUXIEME PARTIE
Dispositions relatives à l'année 2011

Section 1

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

Article 3

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 134-3, les mots : « La caisse de prévoyance de la Société nationale des chemins de fer français » sont remplacés par les mots suivants : « La caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français » ;

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

a) Au deuxième alinéa, les mots : « la caisse de prévoyance » sont remplacés par les mots suivants : « la caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français » ;

b) Le troisième alinéa est complété par la phrase suivante : « Lorsque la branche maladie maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche maladie maternité du régime créancier ».

3° Le quatrième alinéa de l'article L. 134-5-1 est complété par la phrase suivante : « Lorsque la branche maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche maladie maternité du régime créancier. »

Exposé des motifs

La rationalisation des transferts financiers entre les régimes de base de sécurité sociale compte parmi les objectifs poursuivis par le Gouvernement et le Parlement depuis plusieurs années.

Dans le prolongement des avancées récentes en la matière, il est proposé de réexaminer les conditions dans lesquelles interviennent les « compensations bilatérales maladie », c'est à dire les transferts entre le régime général et quatre régimes spéciaux - CRPCEN (régime des clercs de notaires), CANSSM (régime des mines), RATP et CPRP SNCF – pour les prestations d'assurance maladie-maternité.

Le présent article prévoit ainsi d'encadrer le mécanisme de compensation bilatérale maladie par une règle de plafonnement des transferts nets, permettant d'éviter qu'un régime, lui-même déficitaire, ne contribue plus que nécessaire à l'équilibrage d'un autre régime. Ainsi, la compensation bilatérale ne conduira pas à placer un régime en situation d'excédent comptable alors même que le régime débiteur est soumis à un impératif de redressement. Cette mesure contribuera au renforcement de l'équité entre régimes.

Article 4

Au titre de l'année 2011, 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	171,7	181,3	-9,6
Vieillesse	194,4	202,6	-8,1
Famille	52,9	55,5	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,0	12,9	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	421,8	442,1	-20,2

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

(en milliards d'euros)

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

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

(en milliards d'euros)

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

Exposé des motifs

Le solde prévisionnel du régime général s'établit à -18,2 milliards d'euros, ce qui représente une amélioration de 1,3 milliard d'euros par rapport au solde retenu en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011, et même de 2,7 milliards d'euros si l'on considère la loi de financement initiale pour 2011. Ce résultat tient notamment à une dynamique plus soutenue qu'anticipée de la masse salariale ainsi qu'aux premiers effets des mesures de lutte contre les déficits publics annoncées le 24 août dernier et adoptées en loi de finances rectificative pour 2011.

Article 5

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

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

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

Exposé des motifs

En prévision, la CADES aura amorti 11,4 Md€ de dette supplémentaire sur l'année 2011, grâce notamment au bénéfice de près de 7 Md€ de ressources nouvelles en application de la loi de financement pour 2011. Ce résultat porte le total de la dette amortie depuis sa création à 59,3 Md€, soit 30% de la dette cumulée reprise à fin 2011.

En application de la loi de financement pour 2011, le Fonds de réserve pour les retraites n'a reçu aucun abondement au titre de l'année 2011. Ses ressources courantes ont effectivement été transférées, soit à la CADES pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la CNAV et du FSV, soit directement au FSV.

Depuis la réforme des retraites adoptée en 2010, le Fonds de solidarité vieillesse est en charge du financement du maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à 65 ans pour les parents de trois enfants les plus proches de l'âge de la retraite ainsi que pour les parents d'enfants handicapés. L'équilibre financier de cette mesure est assuré par la mise en réserve par le Fonds, au sein d'une section comptable spécifique, du produit de 0,2 point du prélèvement social sur les revenus du capital ainsi que de 0,77 point de forfait social. Le rendement de ces recettes s'élèverait pour 2011 à 0,39 Md€ contre 0,35 Md€ en prévision initiale.

Section 2
Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

Au II de l'article 85 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, le montant : « 347,71 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 289,72 millions d'euros ».

Exposé des motifs

Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a été créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Ses crédits font l'objet d'une double procédure de déchéance : annuelle pour les crédits non délégués par les ARS aux établissements ; triennale pour les crédits délégués par les ARS mais dont le paiement n'a pas été demandé par les établissements à la Caisse des Dépôts et Consignations.

En application de l'article 88 de la LFSS pour 2011, la dotation au FMESPP de l'année en cours doit être diminuée en partie rectificative de la LFSS du montant des crédits déchus en application des règles de déchéance annuelles et triennales.

Les sommes prescrites au titre de l'année 2011 s'élèvent à 57,981 M€

Article 7

Au IV de l'article 85 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, le montant : « 151 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 161 millions d'euros ».

Exposé des motifs

L'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires introduit un article L. 1432-6 nouveau au code de la sécurité sociale, qui dispose que les contributions des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé (ARS) sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

Ces contributions de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, du régime social des indépendants et de la mutualité sociale agricole comprennent des dépenses de prévention (ancienne contribution de l'assurance maladie aux groupements régionaux de santé publique) et de gestion (dépenses de personnel correspondant aux effectifs de l'assurance maladie transférés aux ARS et dépenses de fonctionnement liées à ces transferts).

Faute d'une connaissance suffisamment précise, au moment des transferts personnel de l'assurance maladie aux ARS en avril 2010, de la rémunération, agent par agent, des effectifs transférés, le montant de la contribution avait été fixé en tenant compte d'hypothèses de rémunération moyenne par types d'agents (personnel médical, personnel administratif cadre et non cadre). Le montant des rémunérations réellement constatées en ARS fait apparaître un besoin de financement annuel de 161 millions d'euros et non de 151 millions d'euros.

Le présent article relève donc à 161 M€ le montant de la dotation de gestion au titre de l'exercice 2011 fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Article 8

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

(en milliards d'euros)

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

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

(en milliards d'euros)

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

Exposé des motifs

Le niveau global des dépenses de l'ensemble des régimes de base est évalué à 442,1 milliards d'euros pour l'exercice 2011, soit près de 7 milliards d'euros de moins que les prévisions de la loi de financement pour 2011.

Cette importante révision à la baisse repose sur les éléments suivants.

D'une part, à la demande de la Cour des Comptes qui émet un avis sur les tableaux d'équilibre votés en loi de financement dans son rapport annuel sur l'exécution des lois de financement, la méthodologie d'agrégation des comptes des régimes de base de sécurité sociale a été modifiée par rapport à la loi de financement initiale pour 2011 et à la loi de financement rectificative pour 2011. Ces modifications qui sont détaillées à l'annexe 4 du présent projet de loi sont sans impact sur les objectifs de solde mais réduisent, symétriquement, les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes tous régimes de 6,1 milliards d'euros en 2011.

D'autre part, ces prévisions actualisées traduisent les effets de la politique menée en faveur de la maîtrise des dépenses de notre système de protection sociale. En particulier, le renforcement récent du pilotage infra-annuel des dépenses d'assurance maladie doit permettre de respecter, en 2011 comme en 2010, l'ONDAM voté par le Parlement. Concrètement, l'ONDAM évoluera ainsi moins vite que le PIB en valeur, grâce à un ensemble de mesures d'économies portant de façon équilibrée sur les soins de ville et l'hôpital. Les dépenses de retraite enregistreront également les premiers effets, sur une demi-année seulement, du relèvement de quatre mois des âges légaux de la retraite en application de la réforme des retraites adoptée à l'automne 2010.

Article 9

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

Exposé des motifs

Les dépenses entrant dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2011 devraient s'élever à 167,1 milliards d'euros. Aussi, et conformément aux engagements pris par le Gouvernement devant la représentation nationale lors de l'adoption de la LFSS 2011, puis renouvelés à l'occasion de l'examen de la loi de financement rectificative, l'ONDAM est maintenu à son niveau fixé initialement. L'ONDAM serait ainsi respecté pour la seconde année consécutive, avec une progression des dépenses qui devrait s'établir au global à 2,9 % par rapport à l'objectif arrêté pour 2010. À titre de comparaison, jusqu'en 2009, les dépassements avaient été de 1,5 milliard d'euros en moyenne chaque année. Les dépenses de soins de ville devraient être conformes au sous-objectif initialement voté. En revanche, les dépenses des établissements de santé connaissent une forte dynamique ; aussi, le respect des sous-objectifs de l'ONDAM relatifs à ces établissements nécessite-t-il la mobilisation de crédits mis en réserve. Conformément aux propositions du rapport de M. Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, il a en effet été procédé, en début d'année, à la mise en réserve de certaines dotations pour un montant total maximal de 530 millions d'euros dont 400 millions d'euros sur le champ hospitalier.

Conformément aux décisions prises lors de la conférence sur le déficit public en mai 2010, le Gouvernement entend respecter une trajectoire pluri-annuelle d'évolution de l'ONDAM définie dans la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, caractérisée par une progression inférieure à 3% en 2010, 2,9% en 2011 et 2,8 % de 2012 à 2014.

TROISIEME PARTIE
Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2012

Section 1

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

Article 10

L'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le taux : « 6 % » est remplacé par le taux : « 8 % » ;

2° Au troisième alinéa, le taux : « 1,65 % » est remplacé par le taux : « 3,65 % ».

Exposé des motifs

Le forfait social est une contribution permettant au prélèvement social patronal de ne pas se concentrer uniquement sur les salaires, ce qui est d'autant plus nécessaire que les dispositifs accessoires de rémunération servis aux salariés connaissent une croissance importante et que leur développement correspond aux nouvelles pratiques managériales et politiques de rémunération des entreprises.

Le présent article procède donc, comme annoncé par le Premier ministre dans sa présentation du plan de lutte contre les déficits publics le 24 août dernier, à l'augmentation du taux du forfait social de 2 points. Cette mesure est de nature à renforcer la contribution au financement du système de protection sociale des éléments de rémunération actuellement soumis au forfait, sans faire craindre un ralentissement du dynamisme des dispositifs d'épargne salariale compte tenu du niveau limité de ce prélèvement par rapport aux taux de droit commun de cotisation sur les salaires.

Le rendement de la mesure sera de 410 millions d'euros au bénéfice de la caisse nationale d'assurance maladie.

Article 11

I. - Le premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

2° Après les mots : « durée légale du travail », sont insérés les mots : « augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu ».

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

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

2° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, le taux : « 59,9 % » est remplacé par le taux : « 59,03 % » ;

b) Au troisième alinéa, le taux : « 23,4 % » est remplacé par le taux : « 24,27 % ».

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

« 7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :

« - à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 58,10 % ;

« - à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 7,86 % ;

« - à la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 15,44 % ;

« - au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;

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

« - à l'établissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la société nationale des chemins de fer français et de la régie autonome des transports parisiens et à la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,60 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;

« - au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué par le III de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, pour une fraction correspondant à 0,31 % ;

« - au fonds mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation, pour une fraction correspondant à 1,48 % ;

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

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

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

- au deuxième alinéa, le taux : « 58,10 % » est remplacé par le taux : « 52,33 % » ;

- au troisième alinéa, le taux : « 7,86 % » est remplacé par le taux : « 11,17 % » ;

- au sixième alinéa, le taux : « 9,18 % » est remplacé par le taux : « 10 % » ;

- au septième alinéa, le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,66 % » ;

- il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« - à la branche mentionnée au 2° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 1,58 % . »

IV. - L'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le septième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

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

2° Il est complété par un 8° ainsi rédigé :

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

V. - L'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale est complété par un 8° ainsi rédigé :

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

VI. - Le 8° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par les dispositions suivantes :

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

VII. - Le I et le II de l'article L. 741-9 du code rural et de la pêche maritime sont complétés par un alinéa ainsi rédigé :

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

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

IX. - Le 4° du II de l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

Exposé des motifs

Le plan de lutte contre les déficits publics présenté par le Gouvernement prévoit, dans le prolongement de la mesure d'annualisation du calcul des allègements généraux adoptée en LFSS pour 2011, la réintégration des heures supplémentaires et complémentaires dans la base servant au calcul de ces allègements. Cette mesure vise, conformément aux recommandations du conseil des prélèvements obligatoires dans son rapport d'octobre 2010, à limiter les risques d'optimisation fiscale. Les exonérations fiscales et sociales associées à la loi TEPA de 2007 ne sont pas concernées par cette mesure.

Il est proposé d'affecter le produit de cette mesure, estimé à 600 millions d'euros, pour moitié à la sécurité sociale et pour moitié au panier de recettes fiscales servant à la compensation des exonérations accordées sur les heures supplémentaires. Ce dernier bénéficiera ainsi de 2,59 points supplémentaires de droit de consommation sur les tabacs. Le présent article organise les transferts nécessaires à cette opération, en veillant au respect des équilibres entre branches.

Article 12

I - Le deuxième alinéa du I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « autres que celles visées au 7° du II ci-dessous » sont supprimés ;

2° Le taux « 3 % » est remplacé par le taux « 2 % » ;

3° L'alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette réduction ne s'applique ni aux éléments mentionnés au II du présent article, ni à ceux mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 137-15 ».

II. - La réduction prévue au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable au bonus exceptionnel prévu par l'article 3 de la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

III. - Au II du même article, le 6° est supprimé.

Exposé des motifs

Le présent article réduit de 3 % à 2 % l'abattement pour frais professionnels sur les revenus supportant la CSG et supprime cet abattement sur les revenus autres que le salaire et les allocations de chômage, conformément aux annonces du Premier ministre dans sa présentation du plan de lutte contre les déficits publics le 24 août dernier.

Aujourd'hui, la CSG sur les revenus d'activité est calculée à partir des sommes perçues par le salarié abattues de 3 % au titre des frais professionnels. Cet abattement vise à assurer l'égalité en ce qui concerne l'assujettissement à CSG, entre salariés et non salariés, compte tenu du fait que les travailleurs indépendants disposent, par rapport aux salariés, de meilleures possibilités de déduction de leurs frais professionnels de l'assiette sociale.

En ce qui concerne le champ de cet abattement, son application à des éléments de revenu d'activité qui ne constituent pas du salaire n'est pas conforme à l'objectif de compensation des frais professionnels. En effet, pour ces éléments de rémunération (intéressement, participation, financement de la protection sociale complémentaire en entreprise, sommes versées lors de la rupture du contrat de travail) la notion de frais engagés pour l'exercice d'une activité professionnelle n'est pas pertinente.

En ce qui concerne le taux de cet abattement, la prise en charge des frais professionnels des salariés par les employeurs s'est accrue depuis 2004 (date à laquelle le taux d'abattement a été fixé à 3 %), notamment en matière de transport, de frais de repas et de téléphonie mobile. Par ailleurs, s'agissant des non salariés, on a assisté à une poursuite de la hausse du recours aux associations de gestion agréées : le taux de recours, soit 80 %, a crû de plus de 5 points depuis 2004. Ce facteur concourt à la limitation des frais professionnels effectivement déduits par les non salariés compte tenu des contrôles spécifiques menés par ces associations dans ce domaine.

Le rendement de la mesure est estimé à près de 600 millions d'euros.

Article 13

I. - Le III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 3°, les références « 2°, 2° bis, », « 9° *quinquies*, » et « 13°, » sont supprimées ;

2° Le 8° est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« 8° Les prestations familiales énumérées à l'article L. 511-1 à l'exception du complément de libre choix d'activité prévu à l'article L. 531-4, l'allocation aux adultes handicapés prévue par le titre II du livre VIII et l'allocation personnalisée d'autonomie prévue par le chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles ;

« 9° L'aide personnalisée au logement prévue par les articles L. 351-1 à L. 351-14 du code de la construction et de l'habitation ainsi que l'allocation de logement social prévue par l'article L. 831-1 du code de la sécurité sociale. ».

II. - A la première phrase du III de l'article L. 136-5 du même code, après les mots « pensions d'invalidité », sont insérés les mots : «, le complément de libre choix d'activité prévu à l'article L. 531-4 » ;

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

1° Le 1° du II est complété par les mots : « et le complément de libre choix d'activité mentionné au 8° du III du même article ; »

2° Le 1° du IV est complété par les dispositions suivantes :

« ainsi que, par dérogation, pour la totalité de la contribution assise sur le complément de libre choix d'activité mentionné au 1° du II ».

Exposé des motifs

Conformément à l'annonce du Premier ministre lors de sa présentation du plan de lutte contre les déficits publics, le 24 août dernier, cet article assujettit le complément du libre choix d'activité (CLCA) et le complément optionnel du libre choix d'activité (COLCA) au taux réduit de la CSG de 6,2 %.

Le CLCA et le COLCA sont des prestations destinées à compenser partiellement une perte de revenus normalement imposables et viennent ainsi en substitution de ces derniers. Ils ont donc vocation à suivre le même régime d'imposition que celui des ressources qu'ils remplacent comme c'est déjà le cas pour les pensions de retraite, les allocations chômage ou les indemnités journalières.

Le rendement de la mesure, affecté en intégralité à la branche famille, est estimé à 140 millions d'euros.

Article 14

I. - L'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa, les mots : « pour les sociétés et entreprises se livrant au commerce des valeurs et de l'argent, ainsi que » sont supprimés.

2° Après le premier alinéa, il est inséré les dispositions suivantes :

« Pour les établissements de crédit et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.

« Pour les établissements et entreprises mentionnés à l'alinéa précédent dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire.»

II. - Les dispositions du présent article sont applicables à la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2012.

Exposé des motifs

Il ressort des contrôles menés par l'organisme en charge du recouvrement de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés qu'il existe une très grande disparité dans les assiettes déclarées par les établissements du secteur financier.

Le présent article vise donc à clarifier dans la loi l'assiette de la contribution, conformément à l'esprit du législateur lors de son instauration, afin de rétablir sa neutralité concurrentielle et de sécuriser les recettes qu'elle génère. Seuls les produits se rapportant à l'exploitation proprement dite sont retenus dans l'assiette de la contribution, les produits relevant d'une logique patrimoniale étant, comme pour l'ensemble des sociétés redevables, exonérés.

Par ailleurs, afin de tenir compte de la spécificité de l'activité de certains établissements, il est instauré un dispositif de plafonnement de l'assiette de la contribution.

Le rendement de la mesure sera de 150 millions d'euros.

Des dispositions poursuivant des objectifs similaires seront présentées à court terme au Parlement s'agissant de l'assiette des entreprises d'assurance.

Article 15

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

1° Les taux d'émissions de dioxyde de carbone et les tarifs mentionnés au *a* sont remplacés par les taux et tarifs suivants :

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

2° Les unités de puissance administrative, exprimés en chevaux-vapeur, mentionnées au *b* sont remplacées par les unités suivantes :

PUISSANCE FISCALE (en chevaux-vapeur)	TARIF applicable (en euros)
Inférieure ou égale à 3	750
De 4 à 6	1400
De 7 à 10	3000
De 11 à 15	3600
Supérieure à 15	4500

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

III. - Les dispositions du présent article s'appliquent à compter de la période d'imposition s'ouvrant le 1^{er} octobre 2011.

Exposé des motifs

Le présent article vise à tirer les conséquences des évolutions technologiques et du renouvellement du parc automobile français, d'une part, par la révision du barème de la taxe sur les véhicules de société sur le dioxyde de carbone et, d'autre part, par le durcissement du barème applicable aux véhicules relevant encore du barème exprimé en chevaux fiscaux.

Il est par ailleurs proposé de supprimer les exonérations non justifiées qui grèvent l'assiette de la taxe, en cohérence avec la politique de réexamen des niches fiscales et sociales mise en œuvre au cours des dernières années.

Ces dispositions, dont le rendement est estimé à 100 millions d'euros, réaffirment la dimension environnementale de la taxe.

Elles s'appliqueront aux taxes dues au titre de périodes d'imposition ouvertes à compter du 1^{er} octobre 2011.

Article 16

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

1° Le quatrième alinéa de l'article 317 est complété par la phrase suivante :

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

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

a) Au deuxième alinéa, le chiffre : « 56,40 » est remplacé par le chiffre : « 45 » ;

b) Au troisième alinéa, le chiffre : « 223,51 » est remplacé par le chiffre : « 180 » ;

c) Après la deuxième phrase du dernier alinéa, est insérée la phrase suivante :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. » ;

3° L'article 403 est ainsi modifié :

a) Au 2° du I, le montant : « 1514,47 € » est remplacé par le montant « 1660 € » ;

b) Après la deuxième phrase du II, est insérée la phrase suivante :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. » ;

4° Après la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article 438, est insérée la phrase suivante :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. » ;

5° Après la deuxième phrase du dernier alinéa du a du I de l'article 520 A, est insérée la phrase suivante :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. » ;

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 245-8, les mots : « supérieure à 25 % » sont remplacés par les mots : « supérieure à 18 % » ;

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

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le montant de la cotisation est fixé à :

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

« - 45 € par hectolitre pour les autres boissons.

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

b) Après la deuxième phrase du dernier alinéa, est insérée la phrase suivante :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. »

Exposé des motifs

La consommation d'alcools, notamment par les jeunes, porte largement sur les alcools fortement titrés pour lesquels les risques liés aux phénomènes d'alcoolisation massive - phénomènes couramment appelés « binge drinking » ou modalité d'intoxication alcoolique aiguë - sont nombreux.

Le prix d'accès de certaines boissons alcoolisées n'apparaît pas suffisamment discriminant pour pouvoir constituer un levier efficient afin de réduire la consommation d'alcool en France. Il ressort ainsi qu'à coût de la vie égal, l'alcool est 10 % moins cher aujourd'hui qu'en 1960. L'indice relatif du prix des boissons alcoolisées, corrigé de l'évolution de l'indice de l'ensemble des prix a baissé entre 1960 et 1989 et très peu augmenté depuis 1990.

Dans le cadre de sa politique globale de lutte contre la consommation excessive d'alcool, le Gouvernement propose donc de renchérir le prix des boissons alcoolisées via le levier fiscal.

Dans cette optique, le présent article élargit le périmètre de la cotisation de sécurité sociale aux boissons titrant plus de 18°. Par ailleurs, la cotisation n'est plus uniforme mais fonction du degré d'alcool. Il augmente également d'environ 10 % le tarif du droit de consommation applicable aux alcools. Enfin, diverses dispositions permettent de mettre en cohérence cette nouvelle cotisation avec les droits de consommation.

Le rendement de ces mesures est évalué à 340 millions d'euros, lesquels se répartiront entre les branches maladie et vieillesse du régime des exploitants agricoles.

Article 17

Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2012 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 0,5 % est substitué au taux K mentionné dans les tableaux figurant au même article.

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables (article L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale), représentant leur participation à la régulation des dépenses de l'assurance maladie.

Les entreprises sont exonérées de ce dispositif quand elles signent une convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS). Elles doivent alors accepter certaines baisses de prix et payer des remises quantitatives qui sont globalement égales au montant théorique de la clause de sauvegarde.

L'assiette de la contribution est toujours collective. Elle consiste en la part du chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville ou en sus des prestations d'hospitalisation de l'ensemble des entreprises du secteur qui dépasse un certain seuil déterminé en appliquant le taux de croissance cible, taux K, au chiffre d'affaires de l'année précédente. Sont exonérés les médicaments orphelins, à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires annuel dépasse 30 M€

Le taux K était fixé à 1 % pour la période 2005 à 2007 puis à 1,4 % en 2008 et 2009, 1 % en 2010 et 0,5 % en 2011.

La mesure consiste à fixer à nouveau le taux K à 0,5 % pour 2012 pour un rendement attendu de 50 M€ venant en déduction des dépenses remboursées de médicaments sous forme de remise conventionnelle.

Article 18

La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale est remplacée par la phrase suivante :

« Le taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours des années 2012, 2013 et 2014 est fixé à 1,6 %. »

Exposé des motifs

Le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques prévue l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale a été fixé à 1 % pour une période triennale dans la LFSS pour 2009. Il ne sera donc plus applicable à compter du 1^{er} janvier 2012.

Le présent article reconduit cette contribution et en fixe le taux au titre des chiffres d'affaires réalisés au cours des années 2012, 2013 et 2014 à 1,6 %. Le rendement de cette mesure sera de 400 millions d'euros.

Conformément à l'engagement pris par le Gouvernement à l'issue des Assises du médicament s'agissant de la formation des médecins, le produit de la majoration de 0,6 point du taux de cette contribution, soit 150 millions d'euros, sera reversé, par la CNAMTS, à l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC) et à l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) pour les médecins salariés.

Article 19

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

1° L'article L. 5121-18 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

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

a) Les 1° et 2° sont remplacés par les dispositions suivantes :

« 1° Par une subvention de l'Etat ;

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

b) Le 3° est supprimé ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« - 120 € pour les opérations mentionnées au 3° ;

« - 3 500 € pour les opérations mentionnées au 4°.

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

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

« *Art. L. 5421-6-3.* - Le fait de ne pas adresser à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, au plus tard le 31 mars de l'année en cours, la déclaration mentionnée à l'article L. 5121-18, est puni de 45 000 € d'amende.

« La déclaration incomplète ou inexacte est punie de 25 000 € » ;

7° A l'article L. 5422-2, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-17 » sont remplacés par les mots : « conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 » ;

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

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

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

2° L'article L. 162-17-5 est abrogé ;

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

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

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

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

« V. - Prélèvements sociaux perçus au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés »

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

« II. - Les médicaments et produits mentionnés au I sont les médicaments et produits ayant fait l'objet d'un enregistrement au sens des dispositions des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé au sens des dispositions de l'article L. 5121-8 du même code, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne au sens des dispositions du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments, ou d'une autorisation d'importation parallèle conformément aux dispositions de l'article L. 5124-13 du même code.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« II. - Le montant de la taxe mentionnée au I est fixé forfaitairement par décret dans la limite de 600 €

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

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

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

2° Après la section V *quater* du chapitre III du titre III de la deuxième partie du livre premier, il est inséré une section ainsi rédigée :

« Section V *quinquies*
« Droits perçus au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie
des travailleurs salariés

« Art. 1635 *bis* AE. - I. - Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt, auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé :

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

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

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

« 4° De chaque demande de reconnaissance par au moins un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de modification de ces autorisations ;

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

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

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

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

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

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

« - 50 000 € pour les demandes mentionnées au 3°, au 4° et au 5° du I ;

« - 510 € pour les demandes mentionnées au 6° et au 7° du I.

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

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

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

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

IV. - Le VII de la section II du chapitre III du titre II de la première partie du livre des procédures fiscales est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° *Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé*

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

V. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

VI. - Par dérogation aux dispositions du présent article, quand elle constate, après le 1^{er} janvier 2012, un versement erroné ou l'absence de versement de la part du redevable d'une des taxes ou redevances à acquitter en 2011 ou au cours des exercices antérieurs et prévues à l'article 23 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005, aux articles L. 5121-15, L. 5121-16, L. 5121-17, L. 5122-5, L. 5138-5, L. 5211-5-2, L. 5221-7, L. 6221-11 et au 3° de l'article L. 5321-2 du code de la santé publique dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2011, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé procède à la liquidation et au recouvrement des sommes restant à percevoir ou au remboursement des sommes perçues à tort conformément aux dispositions en vigueur l'année où la taxe ou la redevance était due.

Exposé des motifs

Le présent article modifie le mode de financement de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé : les taxes et redevances perçues aujourd'hui par l'établissement seront dorénavant recouvrées par l'État au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Il vise d'autre part à augmenter les plafonds, les taux et les tarifs des taxes et droits afin de porter leur produit à hauteur des charges nouvelles correspondant à l'accroissement des missions confiées à l'agence.

Article 20

I. - Après le II *quinquies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, il est inséré un II *sexies* ainsi rédigé :

« II *sexies*. - La couverture des déficits des exercices 2009 et 2010 de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime est assurée, au plus tard le 31 décembre 2011, par un transfert de 2 466 641 896,19 € de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole. »

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

1° Le 6° de l'article L. 731-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 6° Une fraction égale à 39,6 % du produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du même code ; »

2° Après le 7° *bis* de l'article L. 731-3, il est inséré un 7° *ter* ainsi rédigé :

« 7° *ter* Une fraction égale à 60,4 % du produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts ; »

Exposé des motifs

Les efforts significatifs consentis ces dernières années au bénéfice du financement du régime des exploitants agricoles n'ont pas permis de résoudre toutes les difficultés. La branche vieillesse du régime des non salariés agricoles présente en particulier un déficit prévisionnel de 1,3 Md€ pour l'exercice 2011 et un déficit cumulé de 3,8 Md€ à la fin de cette même année.

Il est donc proposé de soulager de façon significative la trésorerie de la CCMSA, et d'améliorer les perspectives financières du système de retraite des exploitants agricoles pour les années à venir, en mobilisant une partie des ressources nouvelles dégagées dans le cadre du plan anti-déficits présenté le 24 août dernier.

D'une part, il est proposé de transférer à la Caisse d'amortissement de la dette sociale les déficits comptables cumulés 2009-2010 de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, lesquels s'établissent à 2,5 Md€. Dans le respect des dispositions de l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, ce schéma de reprise de dette est financé de façon à garantir le maintien, en prévision, de la date de fin de vie prévisionnelle de la Caisse, soit 2025.

D'autre part, il est proposé de réduire de près de 30% le besoin de financement courant du régime. L'effort en recettes acquis pour la sécurité sociale dans le cadre du plan gouvernemental de réduction des déficits publics sera ainsi redirigé pour 400 M€ au système de retraite des non salariés agricoles.

Article 21

I. - A compter du 1^{er} janvier 2013, les salariés et anciens salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris et leurs ayants droit qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie du personnel de cet établissement sont affiliés ou pris en charge par le régime général de sécurité sociale pour les risques maladie et maternité dans le respect des règles de ce dernier. Il est mis fin à ce régime spécial à compter de la même date.

Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les modalités de mise en œuvre du transfert prévu au précédent alinéa, notamment les adaptations rendues nécessaires par ce transfert aux règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres 1 à 3 et 6 du livre 3 du code de la sécurité sociale.

Un décret fixe, pour une période transitoire commençant le 1^{er} janvier 2013 et prenant fin au plus tard le 31 décembre 2018, les taux des cotisations dues chaque année par la Chambre de commerce et d'industrie de Paris au régime général au titre de ces assurances sociales permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation des assurances maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale à la charge des employeurs en application des articles L. 241-1 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale.

II. - L'affiliation et la prise en charge par le régime général de sécurité sociale des salariés et anciens salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris et de leurs ayants droit qui relevaient du régime spécial d'assurance invalidité du personnel de cet établissement prévues par l'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises prennent effet au 1^{er} janvier 2013. Il est mis fin à ce régime spécial à la même date.

Exposé des motifs

L'article 70 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a prévu le transfert des assurances vieillesse et invalidité du régime spécial de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) au régime général de sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2006.

Dans le prolongement de cette mesure, le présent article a d'une part, pour objet de transférer également au régime général la couverture maladie et maternité des agents de la CCIP au 1^{er} janvier 2013 (§ I). Ce transfert ne modifiera pas le niveau de prise en charge des assurés relevant aujourd'hui du régime spécial d'assurance maladie de la CCIP, le niveau de couverture garanti par ce régime étant déjà aligné sur celui du régime général. Cette intégration s'accompagnera d'un alignement progressif du taux de cotisation employeur sur celui du régime général.

D'autre part, le présent article fait coïncider la date de transfert du risque invalidité du régime spécial de la CCIP prévu par l'article 70 de la loi du 2 août 2005 précité avec celle du transfert du risque maladie au 1^{er} janvier 2013 (§ II), la couverture du risque invalidité ayant continué d'être assurée en pratique par le régime spécial après le 1^{er} janvier 2006, du fait de la difficulté à dissocier la gestion du risque invalidité de celle du risque maladie.

Le report du transfert au régime général du risque invalidité du régime spécial de la CCIP au 1^{er} janvier 2013, à la même date que celui du risque maladie, permet de mettre fin à cette situation de fait tout en évitant ces difficultés de gestion.

Article 22

Est approuvé le montant de 3,2 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 2012.

Exposé des motifs

Le présent article approuve le montant de crédits budgétaires ouverts par le projet de loi de finances pour 2012 pour couvrir les dispositifs compensés d'exonération, de réduction ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale. Fixé à 3,2 Md€, ce montant est en baisse de 3,3 % par rapport à 2011. Cette évolution résulte principalement de l'impact en année pleine des mesures de rationalisation adoptées en loi de finances pour 2011, dans le cadre plus général de la stratégie de réduction des niches sociales poursuivie par le Gouvernement.

L'annexe 5 du présent projet de loi décrit également les autres types d'exonérations ou exemptions d'assiettes applicables aux cotisations ou contributions sociales. En 2012, les sommes correspondantes s'élèveraient en prévision (données en encaissement-décaissement) aux montants suivants :

- 20,1 milliards d'euros pour le montant des allègements généraux sur les bas salaires (et exonérations de cotisations « famille » pour certains régimes spéciaux) ; il est rappelé que ces exonérations ne font plus l'objet depuis 2011 d'une compensation par l'Etat dans la mesure où les recettes fiscales jusque là mobilisées dans cet objectif ont été affectées à titre définitif à la sécurité sociale.

- 3,5 milliards d'euros pour le montant des exonérations sur les heures supplémentaires et complémentaires, compensées intégralement par un panier de recettes fiscales.

- 3,2 milliards d'euros pour le montant des exonérations restant à la charge de la sécurité sociale.

- 50,9 milliards d'euros pour le montant des exemptions d'assiette, soit l'équivalent de 9,7 milliards d'euros de recettes selon la méthode conventionnelle décrite dans ce rapport.

Le total de ces dispositifs représenterait ainsi l'équivalent de 36,4 milliards d'euros de cotisations ou contributions.

Section 2
Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 23

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

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

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de recettes
Maladie	180,9
Vieillesse	202,8
Famille	54,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	441,5

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

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

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

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de recettes
Fonds solidarité vieillesse (FSV)	14,2

Exposé des motifs

Les prévisions de recettes du présent article ont été élaborées selon une méthodologie un peu différente de celle retenue pour la construction des tableaux d'équilibre des précédentes lois de financement. Ainsi, à la demande de la Cour des Comptes qui émet un avis sur les tableaux d'équilibre votés en loi de financement dans son rapport annuel sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, la méthode de consolidation des comptes des régimes de base de sécurité sociale a été modifiée par rapport à la loi de financement initiale pour 2011. Ces modifications qui sont détaillées à l'annexe 4 du présent projet de loi sont sans impact sur les objectifs de solde mais réduisent, symétriquement, les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes toutes branches pour l'ensemble des régimes de base de 6,4 milliards d'euros en 2012.

Si on neutralise cet effet à fin de comparaison avec les prévisions pour l'année 2012, figurant dans l'annexe A de la loi de financement rectificative pour 2011, la prévision de recettes tous régimes de base pour 2012 est revue à la hausse de 6 milliards d'euros, malgré un scénario macroéconomique moins favorable. En particulier, la croissance de la masse salariale du secteur privée, qui est le principal déterminant de la dynamique des recettes du régime général a été revue à la baisse de 0,5 point, soit de moindres recettes de cotisations et de CSG pour un peu plus d'1 milliard d'euros.

Cette augmentation importante des objectifs de recettes traduit l'effort de redressement des comptes sociaux porté par le Gouvernement à travers le plan de lutte contre les déficits annoncés le 24 août dernier. Au total, ce sont près de 6 milliards d'euros de recettes supplémentaires, soit 60 % du rendement des mesures nouvelles en recettes, qui seront affectés à la sécurité sociale.

Près de la moitié de cet effort est déjà acquis avec la loi de finances rectificative pour 2011 adopté en septembre par le Parlement. La hausse de 1,2 point des prélèvements sociaux acquittés sur les revenus du capital ainsi que l'aménagement des règles d'assujettissement des plus values de cessions immobilières permettent en particulier d'assurer la contribution des plus hauts revenus.

L'effort tient également aux mesures retenues dans les projets de lois financières pour 2012 en faveur de l'approfondissement de la stratégie de réduction des niches sociales. Le présent projet de loi de financement prévoit notamment l'augmentation du forfait social, la modification des règles d'abattement CSG et CRDS pour frais professionnels, l'assujettissement à la CSG du complément libre choix activité ou encore l'harmonisation de l'assiette de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés.

Enfin, le Gouvernement a fait le choix de renforcer les taxes sur les comportements à risque, lesquelles apporteront en outre une contribution à long terme à la maîtrise des dépenses de santé (hausse des droits sur les tabacs, augmentation de la fiscalité sur les alcools...).

Au total, les recettes prévisionnelles s'établissent à 317,9 milliards d'euros pour le régime général et à 441,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base.

Les ressources nouvelles sont en outre mobilisées en faveur du redressement des comptes de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, d'une part à travers la reprise par la CADES de ses déficits cumulés 2009-2010, d'autre part, *via* la réduction de l'ordre de 30 % de son besoin courant de financement (*cf.* article 20 du présent projet de loi).

Article 24

Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	180,9	186,8	-5,9
Vieillesse	202,8	210,5	-7,7
Famille	54,8	57,1	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,3	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	441,5	457,1	-15,7

Exposé des motifs

Le tableau d'équilibre du présent article a été construit selon une méthodologie un peu différente de celle retenue pour la construction des tableaux d'équilibre des précédentes lois de financement. Ainsi, à la demande de la Cour des Comptes qui émet chaque année un avis sur les tableaux d'équilibre dans son rapport sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, la méthode de consolidation des comptes, des régimes de base de sécurité sociale a été modifiée par rapport à la loi de financement initiale pour 2011. Ces modifications qui sont détaillées à l'annexe 4 du présent projet de loi sont sans impact sur les objectifs de solde mais réduisent, symétriquement, les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes toutes branches de 6,4 milliards d'euros en 2012.

Le solde toutes branches s'élèverait en 2012 à -15,7 milliards d'euros, soit une amélioration de 4,5 milliards d'euros par rapport à 2011 et un effort de redressement par rapport à la trajectoire tendancielle avant mesures nouvelles de près de 8 milliards d'euros.

Ce redressement résulte d'une politique alliant maîtrise des dépenses, via notamment un ONDAM dont la progression est limitée à 2,8 % dans la continuité des objectifs votés et respectés en 2010 et 2011 et la poursuite de la montée en charge progressive de la réforme des retraites adoptée à l'automne 2010, et augmentation des recettes, à hauteur de 6 milliards d'euros, soit 60 % des recettes supplémentaires figurant dans le plan anti-déficit annoncé le 24 août par le Premier ministre.

Article 25

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

	(en milliards d'euros)		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	156,2	162,2	-5,9
Vieillesse	104,9	110,7	-5,8
Famille	54,3	56,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	11,9	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	317,9	331,8	-13,9

Exposé des motifs

Le tableau d'équilibre du présent article a été construit selon une méthodologie un peu différente de celle retenue pour la construction des tableaux d'équilibre des précédentes lois de financement. Ainsi, à la demande de la Cour des Comptes qui émet chaque année un avis sur les tableaux d'équilibre dans son rapport sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, la méthode de consolidation des comptes, des régimes de base de sécurité sociale a été modifiée par rapport à la loi de financement initiale pour 2011. Ces modifications qui sont détaillées à l'annexe 4 du présent projet de loi sont sans impact sur les objectifs de solde mais réduisent, symétriquement, les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes toutes branches de 5,4 milliards d'euros en 2012.

Le solde du régime général s'établirait à -13,9 milliards d'euros en 2012, ce qui correspond à un effort de redressement de 7,3 milliards d'euros par rapport à la trajectoire tendancielle avant mesures.

La maîtrise structurellement renforcée de la dépense (fixation d'un ONDAM à 2,8 % ; réforme des retraites), combinée à la stratégie développée plus haut de sécurisation des ressources de la sécurité sociale, permet d'ancrer l'action du Gouvernement dans une perspective réaliste de retour à l'équilibre.

En particulier, le déficit de la branche maladie sera réduit de moitié sur la période 2010-2012, et s'établira ainsi, en prévision, à 5,9 milliards d'euros. La branche accidents du travail - maladies professionnelles affiche quant à elle depuis 2011 un retour à l'équilibre.

Article 26

Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	14,2	18,0	-3,7

Exposé des motifs

L'objectif de solde du FSV s'élèverait à -3,7 Md€ pour 2012, soit un effort de redressement de 0,3 milliard d'euros par rapport à la trajectoire tendancielle avant mesures nouvelles. Le fonds bénéficie notamment des recettes nouvelles suivantes : la réduction de 3 % à 2 % de l'abattement pour frais professionnels sur l'assiette de CSG et l'harmonisation des règles de détermination de l'assiette de la contribution de solidarité sur les sociétés dans le secteur financier.

Article 27

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

II. - Pour l'année 2012, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)	
	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

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

(en milliards d'euros)	
	Prévisions de recettes
Recettes fiscales affectées	0,4
Total	0,4

Exposé des motifs

I. - En prévision, la CADES aura amorti 11,1 Md€ de dette supplémentaire sur l'année 2012. Cet objectif tient notamment compte des recettes nouvelles affectées à la caisse (*via* la réduction de 3 % à 2 % de l'abattement pour frais professionnels sur l'assiette de CSG et de CRDS et la modification des règles d'abattement des plus-values immobilières soumises aux prélèvements sociaux) pour un montant global de 220 millions d'euros permettant le financement de la reprise de la dette 2009 et 2010 de la branche retraite du régime des non salariés agricoles. Ceci porterait le total de la dette amortie depuis la création de la CADES à 70,4 Md€

II. - En application de la loi de financement pour 2011, les ressources courantes du fonds de réserve pour les retraites ont été transférées, soit à la CADES pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la CNAV et du FSV, soit directement au FSV. La prévision de recettes du FRR pour 2012 est donc nulle.

III. - Depuis la réforme des retraites adoptée en 2010, le Fonds de solidarité vieillesse est en charge du financement du maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à 65 ans pour les parents de trois enfants les plus proches de l'âge de la retraite ainsi que pour les parents d'enfants handicapés. L'équilibre financier de cette mesure est assuré par la mise en réserve par le Fonds, au sein d'une section comptable spécifique, du produit de 0,2 point du prélèvement social sur les revenus du capital ainsi que de 0,77 point de forfait social. Le rendement de ces recettes s'élèverait pour 2011 à 0,41 milliards d'euros en 2012.

Article 28

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2012-2015), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base 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 29**

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

1° Les premier et deuxième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

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

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

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

« Pour les travailleurs indépendants non agricoles qui font application des articles L. 526-6 à L. 526-21 du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu d'activité pris en compte intègre également la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.

3° Le cinquième, le sixième et le septième alinéas sont supprimés. »

II. - Au premier alinéa de l'article L.131-6-1 du même code, les mots : « aux cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6, aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 136-3 » sont remplacés par les mots : « aux dispositions de l'article L. 131-6-2 ».

III. - Après cet article L. 131-6-1 du même code, il est inséré un article L. 131-6-2 ainsi rédigé :

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

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

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

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

« Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées à titre provisoire sur une base majorée déterminée par référence aux dernières données connues ou sur une base forfaitaire. Le cotisant est redevable d'une pénalité calculée en fonction des cotisations finalement dues. Un décret détermine la base majorée ainsi que la base forfaitaire et précise les modalités de calcul et d'application de la pénalité mentionnées ci-dessus. »

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

1° Au premier alinéa, le mot : « préalable » est remplacé par les mots : « par anticipation ».

2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le travailleur indépendant effectue une déclaration par anticipation, la régularisation mentionnée à l'article L. 131-6-2 est également effectuée par anticipation. Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette régularisation peut être effectuée ainsi que le montant forfaitaire servi à titre d'intérêt au travailleur indépendant qui verse par anticipation le montant des sommes dues. »

V. - Au premier alinéa de l'article L. 133-6-8 du même code, les mots : « cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « dispositions de l'article L. 131-6-2 ».

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

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

2° Au deuxième alinéa, les mots : « de l'employeur et » sont supprimés.

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

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

4° Les quatre derniers alinéas sont supprimés.

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

1° Au premier alinéa, les mots : « employeurs et » sont supprimés et les mots : « de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 »

2° Au deuxième alinéa, le mot : « personnes » est remplacé par les mots : « travailleurs indépendants », le mot : « professionnel » est remplacé par le mot : « d'activité » et les mots : « les travailleurs indépendants » sont remplacés par le mot : « ceux ».

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

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

b) Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. »

2° Les quatre derniers alinéas sont supprimés.

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

1° Au premier et deuxième alinéa, les mots : « non salariés » sont remplacés par le mot : « indépendants ».

2° Après le 7°, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

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

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

b) Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. »

2° Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés.

3° Aux septième et huitième alinéas, le mot : « professionnel » est remplacé par le mot : « d'activité ».

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

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

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

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

2° Les sept derniers alinéas sont supprimés.

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

XV. - A l'article L. 722-4 du même code, les mots : « aux deuxième à quatrième alinéas » sont remplacés par les mots : « aux dispositions ».

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

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

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

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

XVIII. - L'article L. 756-5 du même code est modifié comme suit :

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

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

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

Exposé des motifs

Le présent article réécrit les dispositions relatives au revenu des travailleurs indépendants pris en compte pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par référence aux bénéficiaires et revenus déclarés en matière fiscale. Les termes du code de la sécurité sociale renverront désormais directement aux notions fiscales, afin d'établir un lien étroit et cohérent entre les deux assiettes, ce qui évitera des incertitudes sur les éléments devant être pris en compte, réintégrés ou déduits.

En outre, les dispositions du code prévoient les différentes situations dans lesquelles des assiettes forfaitaires doivent être pratiquées que ce soit à titre provisoire (en l'absence de déclaration de revenus ou de début d'activité) ou définitif (lorsque les revenus déclarés sont inférieurs à un certain montant). Le présent article permettra au pouvoir réglementaire et aux organismes d'adapter ces assiettes forfaitaires à la situation des cotisants, afin de permettre une politique de recouvrement plus efficace.

De même, l'article assouplit les conditions dans lesquelles les travailleurs indépendants peuvent demander à modifier le montant des cotisations qu'ils acquittent, notamment lorsqu'ils souhaitent régulariser rapidement les cotisations dues au titre de l'année précédente ou lorsqu'ils estiment que les revenus de l'année en cours ne leur permettront pas de faire face à leurs échéances. Des mécanismes incitatifs sont créés : ils permettront d'accélérer le remboursement d'un éventuel excès de versement de cotisations ou de prévenir d'éventuelles difficultés de paiement.

Article 30

I. - Après l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 133-5-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-5-4.* - I. - Tout employeur de personnels salariés ou assimilés autres que les salariés agricoles et les salariés mentionnés à l'article L. 1271-1 du code du travail est tenu d'adresser, au plus tard le 31 janvier de chaque année, à un organisme désigné par décret, une déclaration annuelle des données sociales faisant ressortir le montant des rémunérations versées à chacun de ses salariés ou assimilés au cours de l'année précédente.

« Cette déclaration unique se substitue aux déclarations annuelles destinées aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, aux déclarations prévues aux articles L. 1441-8 et L. 5212-5 du code du travail ainsi qu'aux déclarations instituées par voie réglementaire dont la liste est fixée par décret. Ce décret fixe la liste des données autres que les rémunérations devant figurer dans la déclaration.

« II. - La déclaration annuelle des données sociales est effectuée par voie électronique selon une norme d'échanges, approuvée par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale. Toutefois, elle peut être réalisée au moyen d'un formulaire dont le modèle est approuvé par arrêté conjoint des ministres ci-dessus mentionnés.

« III. - Lorsque les éléments déjà déclarés au titre d'une année civile à un des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 diffèrent de ceux devant figurer sur la déclaration annuelle des données sociales, l'employeur lui adresse une déclaration de régularisation ainsi que, le cas échéant, le versement complémentaire de cotisations et contributions correspondant, au plus tard à la date mentionnée au I.

« IV. - Le défaut de production de l'une des déclarations mentionnées aux I et III dans les délais prescrits, l'omission de données devant y figurer ou l'inexactitude des données déclarées entraînent l'application d'une pénalité.

« Cette pénalité est fixée à 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque salarié ou assimilé pour lequel est constaté le défaut de déclaration, l'omission ou l'inexactitude.

« Elle est recouvrée et contrôlée par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations. »

II. - A l'article L. 244-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « bordereaux récapitulatifs des cotisations » sont remplacés par les mots : « déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales ».

III. - Les dispositions du I sont applicables pour la première fois au titre des rémunérations versées au cours de l'année 2012. Toutefois, un décret peut en reporter la première application au plus tard au titre des rémunérations versées au cours de l'année 2015, pour tout ou partie des employeurs de personnels relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

La déclaration annuelle des données sociales (DADS) et le tableau récapitulatif des cotisations (TR) qui l'accompagne sont des déclarations essentielles au fonctionnement de la sécurité sociale, puisqu'elles servent tout à la fois à l'acquisition des droits des salariés, à la vérification des droits aux prestations maladie, à la fixation des taux de cotisations accidents du travail, au contrôle effectué par les URSSAF sur les cotisations sociales dues par les employeurs et enfin à la régularisation des cotisations dues au titre de l'année précédente.

Toutefois, le cadre juridique actuel de cette déclaration limite son utilisation au champ actuellement prévu par les dispositions législatives qui la régissent, notamment les articles 87 et 87 A du code général des impôts et ne permet pas de nouveaux usages, notamment en matière de recouvrement pour le compte d'autres administrations, comme de nouveaux projets l'envisagent. En outre, ce cadre juridique empêche d'assurer l'unicité de la norme selon laquelle cette déclaration doit être effectuée et des conditions dans lesquelles elle est obligatoirement dématérialisée, contrairement à ce qui est prévu pour d'autres déclarations par des dispositions législatives. Il est enfin indispensable de préciser les conditions de la régularisation annuelle des cotisations au moyen du tableau récapitulatif réalisé au même moment.

Les dispositions introduites dans le présent article permettront de répondre à l'ensemble de ces préoccupations.

Article 31

Après le chapitre IX du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre IX *ter* ainsi rédigé :

« *CHAPITRE IX ter*
« *GESTION DES RISQUES FINANCIERS*

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

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

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

« *Art. L. 139-5.* - Il est conduit chaque année un audit contractuel sur la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, notamment dans le cadre de ses opérations d'émission de titres de créance négociables et de placement de ses excédents. »

Exposé des motifs

Il convient de veiller à doter les régimes de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement d'un corpus de règles prudentielles permettant de mieux encadrer leur recours à l'emprunt, ainsi que, de façon symétrique, les placements financiers qu'ils effectuent lorsqu'ils disposent d'excédents ponctuels de trésorerie. Un contrôle renforcé, englobant naturellement l'ensemble des instruments financiers mobilisés dans l'exercice de ces missions, permettra d'assurer une plus grande sécurité et une plus forte lisibilité des opérations financières que peuvent être amenés à conduire les gestionnaires des régimes.

En outre, compte tenu de la place désormais importante des opérations de marché dans le financement du régime général, il est proposé d'inscrire dans la loi le principe d'un audit contractuel annuel relatif à la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'ACOSS.

Contribuant à l'amélioration de la gouvernance et de la soutenabilité des finances publiques, cet article s'inscrit pleinement dans la stratégie mise en œuvre par le Gouvernement dans la dernière loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, à travers notamment le resserrement des conditions d'endettement des organismes divers d'administration centrale et des établissements de santé.

Article 32

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

	(en millions d'euros)
	Montants limites
Régime général – Agence centrale des organismes de sécurité sociale	21 000
Régime des exploitants agricoles – Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	2 900
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	1 450
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État	50
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	900
Caisse nationale des industries électriques et gazières	600
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer	650
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	50

A titre dérogatoire, la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer est autorisée à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 1 600 millions d'euros du 1^{er} au 15 janvier et du 15 au 31 décembre 2012.

Exposé des motifs

En application de la loi de financement pour 2011, les déficits de la branche vieillesse du régime général et ceux du FSV constatés pour 2011 seront transférés à la CADES avant le 30 juin 2012. Si l'on ajoute à l'impact de cette reprise de dette les effets des mesures de redressement proposées par le Gouvernement, la hausse du plafond de ressources non permanentes auxquelles peut recourir le régime général en 2012 est contenue à 3 milliards d'euros. Le plafond est ainsi fixé à 21 milliards d'euros pour 2012, contre 18 milliards en 2011. Ce plafond tient compte d'un point bas prévisionnel de -18,9 milliards d'euros, et d'une marge de 2,1 milliards d'euros assurant à l'ACOSS la possibilité de faire face aux aléas pesant sur son profil de trésorerie.

En ce qui concerne le régime des exploitants agricoles, sa trésorerie sera significativement améliorée en 2012 sous un double effet : d'une part, les déficits 2009 et 2010 de la branche vieillesse seront transférés à la CADES dans le respect de la contrainte organique de non allongement ; d'autre part, le régime retraite bénéficiera d'un apport de 400 millions d'euros de ressources nouvelles à compter de 2012. Dans ces conditions, il est proposé de baisser le plafond d'emprunt à 2,9 milliards d'euros, contre 4,5 milliards d'euros en 2011, ce qui conserve au régime une marge d'environ 300 millions d'euros pour faire face aux aléas.

Il est par ailleurs proposé de remonter le plafond d'emprunt de la CNRACL à 1,45 milliard d'euros, contre 400 millions d'euros en 2011. Cela traduit la dégradation des comptes de la CNRACL, qui présenteront en prévision des déficits 2011 et 2012 respectivement de -560 millions d'euros et -640 millions d'euros.

En ce qui concerne la caisse de retraite de la SNCF, il est proposé de fixer un double plafond :

- de 650 millions d'euros à titre principal, permettant de couvrir les besoins de trésorerie de la majeure partie de l'année ;

- de 1 600 millions d'euros à titre dérogatoire, du 1er au 15 janvier et du 15 au 31 décembre 2012, afin de couvrir le versement anticipé des pensions en fin d'année.

Enfin, il est proposé de maintenir les plafonds de la CNIEG et de la RATP aux niveaux votés en 2011, ainsi que de remonter légèrement celui de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (900 millions d'euros en 2012, contre 800 millions d'euros en 2011).

Les éléments détaillés sont présentés dans l'annexe 9 au présent projet de loi.

QUATRIEME PARTIE
Dispositions relatives aux dépenses pour 2012

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 33

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

1° La deuxième phrase du 1° est remplacée par les dispositions suivantes :

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

2° Le douzième alinéa de l'article L. 161-37 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces. »

II. - Après l'article L. 161-37 du même code, il est inséré un article L. 161-37-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-37-1.* - Toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription d'un produit de santé sur les listes prévues aux articles L. 162-17 et L.165-1 du présent code et L. 5123-2 du code de la santé publique pour laquelle est requise une évaluation médico-économique en application du 1° de l'article L. 161-37 est accompagnée du versement par le demandeur d'une taxe additionnelle dont le barème est fixé par décret dans la limite de 4580 €

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

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

1° Au deuxième alinéa, les références : « L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code » sont remplacées par les références : « L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 165-1 et L. 161-37 du présent code ».

2° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

IV. - Le 5° de l'article L. 161-45 du même code est ainsi rédigé : « Le montant des taxes mentionnées à l'article L. 161-37-1 ainsi qu'aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ».

V. - Au premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du même code, après les mots : « amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, », sont insérés les mots : « le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, ».

VI. - Au deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5 du même code, les mots : « et de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code » sont remplacés par les mots : «, de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique ».

VII. - Au premier alinéa de l'article L. 162-16-6 du même code, les mots : « et de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : «, de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique ».

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

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

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

Exposé des motifs

La Haute Autorité de santé (HAS) a pour mission, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, d'émettre des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces (article L. 161-37 du code de la sécurité sociale).

Cette évaluation médico-économique, qui repose sur la comparaison des différentes thérapeutiques pertinentes en prenant en compte simultanément leurs coûts et leurs conséquences, permet de mieux analyser l'efficacité attendue ou constatée des produits de santé remboursés au regard des alternatives disponibles et constitue ainsi un levier essentiel d'optimisation des décisions en matière de fixation du prix des traitements et des conditions de leur prise en charge par l'assurance maladie.

Pour que cet outil puisse pleinement jouer son rôle, il est ainsi proposé de renforcer la mission médico-économique de la HAS dans tous les domaines où l'identification des stratégies de soins, de prescription et de prise en charge fait apparaître des enjeux importants, notamment au plan financier.

La commission spécialisée dans le domaine de l'évaluation médico-économique des produits de santé voit son champ de compétence étendu et ses avis pris en compte pour fixer les prix des produits de santé et décider ou non de l'opportunité de leur prise en charge. Toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription d'un produit de santé nécessitant une évaluation médico-économique sera accompagnée du versement d'une taxe additionnelle. Le CEPS pourra enfin prononcer des sanctions financières en cas de non réalisation ou de retard à la réalisation d'études médico-économiques par les entreprises.

Article 34

L'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est ainsi modifié :

1° Au I, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « six ans » ;

2° Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé peuvent prévoir, dès 2014, la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations. »

Exposé des motifs

De nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé destinés à permettre de compléter le paiement à l'acte ou de s'y substituer ont été introduits, sur le fondement de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, dans le cadre d'une expérimentation devant prendre fin au 31 décembre 2012.

Ces expérimentations, qui concernent 150 maisons, pôles et centres de santé en France, ont nécessité une élaboration technique qui n'a permis leur déploiement opérationnel qu'au 1^{er} janvier 2010, pour six régions et au 1^{er} janvier 2011 pour l'ensemble du territoire. Une période de deux ans apparaît trop limitée, notamment au regard des cinq années initialement prévues, pour qu'une évaluation de leurs résultats puisse être utilement réalisée. Il est donc nécessaire de les proroger.

Article 35

Après le deuxième alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Ils fixent des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé, dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décret. Les résultats obtenus au regard de ces indicateurs sont publiés chaque année par les établissements de santé. En cas d'absence de publicité des résultats des indicateurs ou lorsque les objectifs fixés n'ont pas été atteints, le directeur général de l'agence régionale de santé peut faire application des dispositions prévues au septième alinéa de l'article L. 6114-1 ».

Exposé des motifs

Il est proposé d'intégrer dans les CPOM des objectifs de performance au regard des résultats de l'établissement de santé sur une série d'indicateurs de performance rendus publics tous les ans. Ces indicateurs, définis de manière limitative par voie réglementaire, déclineront les axes considérés comme prioritaires pour améliorer la performance des organisations hospitalières. A titre indicatif, ces objectifs pourraient être le taux d'occupation des plateaux techniques, le taux de chirurgie ambulatoire, la durée moyenne de séjour, etc.

Le non respect de ces objectifs de même que le défaut d'établissement ou de publicité des résultats des indicateurs en cause pourront amener à une sanction prononcée par le directeur général de l'ARS.

Article 36

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

1° Au chapitre V du titre III du livre quatrième de la première partie, il est ajouté une section V ainsi rédigée :

*« Section V
« Fonds d'intervention régional*

« Art. L. 1435-8 - Il est créé un fonds d'intervention régional. Ce fonds finance, sur décision des agences régionales de santé des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :

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

« 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des établissements de santé et médico-sociaux ou des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;

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

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

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

« 6° La prévention, la promotion de la santé et la sécurité sanitaire ;

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

« Les financements alloués aux établissements de santé, ainsi que les engagements pris par ces derniers, font l'objet d'une inscription et d'une évaluation dans le cadre du contrat mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.

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

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

« 2° Une dotation de l'Etat ;

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

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

« Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :

« 1° Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

« 2° Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

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

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

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

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

« Art. L. 1435-11. - Les modalités d'application de la présente section sont fixées, sauf mention contraire, par décret en Conseil d'Etat. »

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

3° Après le 4^{ème} alinéa de l'article L. 1433-1, il est inséré les dispositions suivantes : « Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 ».

4° Au deuxième alinéa de l'article L. 1434-6, la deuxième phrase est remplacée par les dispositions suivantes : « Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L. 1435-9 ».

5° Le troisième alinéa de l'article L. 1435-4 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes : « La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. »

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

a) Les mots « du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots « du fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8 ».

b) La dernière phrase de cet article est supprimée.

II - Le code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

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

a) Au I, le deuxième alinéa est remplacé par la phrase suivante : « Le fonds peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. » ; les troisième, quatrième et sixième alinéas sont supprimés.

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

c) Au V, à la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les ARS et » sont supprimés. La dernière phrase du premier alinéa est supprimée. Au deuxième alinéa, la seconde phrase est supprimée.

d) Au VI, la seconde phrase du premier alinéa est supprimée.

3° A l'article L. 162-45, les mots : « le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L.221-1-1 et » sont supprimés.

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

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

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

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

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

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

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

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

Exposé des motifs

L'ambition d'une vision globale de la santé et d'un décroisement entre les logiques de soins et de prévention, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médico-social se heurte au maintien d'un certain cloisonnement des circuits financiers, qui se double d'un fort fléchage national de nombre d'entre eux.

Ce constat a été dressé par des rapports parlementaires récents qui ont notamment pu voir dans l'exercice de fongibilité entre deux fonds, le FIQCS et le FMESPP, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le commencement de fonds régional d'intervention.

La création d'un « fonds d'intervention régional » (FIR) portant les moyens de financement des politiques proches ou complémentaires dans les champs notamment de la performance, de la continuité et de la qualité des soins, permettra une dépense plus efficiente. L'intégration de crédits dédiés à la prévention donnera également la possibilité de mettre en œuvre la fongibilité asymétrique. L'utilisation des crédits du fonds par les ARS fera l'objet d'un bilan annuel dans l'annexe 7 de la loi de financement de la sécurité sociale, retraçant notamment la destination finale des crédits par sous-objectif de l'ONDAM.

La création de ce fonds, dont les dotations 2012 dépasseront vraisemblablement 1,5 Md€ et qui est appelé à croître progressivement s'il donne satisfaction dans son fonctionnement et dans ses résultats, constitue une innovation importante dans la déclinaison de la politique de santé au plan financier.

Article 37

A compter de l'exercice 2012 et pour une période ne pouvant excéder trois ans, des expérimentations peuvent être menées sur les règles de tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes mentionnés à l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

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

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

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

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

Exposé des motifs

L'assurance maladie consacre aujourd'hui près de 6 Md€ au financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et aura consacré à la fin de la deuxième vague de médicalisation, plus d'1 Md€ à renforcer les ressources des établissements afin de mieux prendre en compte l'évolution des besoins en soins de la population âgée (notamment les besoins en soins techniques liés à l'accroissement du caractère polypathologique du grand âge).

La présente mesure vise à permettre une meilleure prise en compte de la qualité dans la détermination des ressources des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Elle prévoit à cet effet une expérimentation de trois ans qui permettra de valider les indicateurs de la qualité de prise en charge et de définir les conditions de modulation des ressources à partir du score réalisé par les établissements.

Article 38

L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au *a bis* du 1, la date : « 2011 » est remplacée par la date : « 2012 » et le taux : « 12 % » est remplacé par le taux : « 13 % » ;

b) Au *a bis* du 2, la date : « 2011 » est remplacée par la date : « 2012 » et le taux : « 38 % » est remplacé par le taux : « 39 % » ;

2° Le dernier alinéa du III est ainsi modifié :

a) Le pourcentage : « 38 % » est remplacé par le taux : « 40 % » ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'année 2012, ce taux est fixé à 39 % » ;

3° Le V est ainsi modifié :

a) Au *a bis*, la date : « 2011 » est remplacée par la date : « 2012 » et le taux : « 2 % » est remplacé par le taux : « 1 % » ;

b) Au *b bis*, la date : « 2011 » est remplacée par la date : « 2012 » et le taux : « 2 % » est remplacé par le taux : « 1 % ».

Exposé des motifs

Les débats sur la dépendance ont montré que le nombre de places était globalement satisfaisant, notamment au regard des ouvertures déjà programmées dans le cadre du PSGA. Ils ont néanmoins souligné le besoin de rénovation de certains établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Sur la base de ces constats, il est proposé de consacrer en 2012 48 M€ à un plan d'aide à l'investissement pour le secteur des personnes âgées et handicapées.

Cet article prévoit donc la mise en œuvre pour 2012 de ce plan d'aide à l'investissement (PAI) dans le secteur médico-social dont le financement sera assuré par l'affectation de 2 % des recettes de Contribution sociale pour l'autonomie (CSA) prélevés sur la section I de la CNSA.

Article 39

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

1° Après le 6°, il est inséré les dispositions suivantes :

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

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

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

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

2° L'article est complété par les dispositions suivantes :

« Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6°, 7° et 8° entre en vigueur au plus tôt dans un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure. »

« Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6°, 7° et 8° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante. »

« Les dispositions du II de l'article L. 162-14-1 sont applicables aux pharmaciens titulaires d'officine. »

Exposé des motifs

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) intitulé « Pharmacies d'officine : rémunération, mission, réseau » publié en juin 2011 souligne l'inadéquation des modalités de rémunération et d'exercice de l'activité officinale au contexte économique actuel d'une part et aux missions de santé publique qui relèvent de cette profession d'autre part.

La rémunération fondée sur une marge par boîte vendue fait du prix des produits et de leur évolution un déterminant de la dispensation, ce qui relève d'une approche réductrice de l'activité officinale.

Conformément aux propositions de ce rapport, le présent article vise à introduire progressivement dans la rémunération officinale une part croissante dissociée du prix des produits vendus. Cette rémunération serait constituée pour partie d'une rémunération de l'acte de dispensation et pour partie d'une rémunération à la performance sur la base d'objectifs de santé publique (accompagnement des patients chroniques ou suivi du calendrier vaccinal par exemple) et d'efficacité des dépenses. L'objet de la convention pharmaceutique prévue par le code de la sécurité sociale est modifié à cet effet.

Le présent article permet par ailleurs aux pharmaciens d'officine de conclure avec l'UNCAM et d'autres professionnels de santé des accords conventionnels interprofessionnels. Il est proposé, parallèlement, d'accompagner et de maîtriser la reconstitution du réseau officinal en permettant à la convention pharmaceutique de déterminer des objectifs de reconstitution du réseau.

Article 40

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

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

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

III. - Après l'article L. 174-19 du même code, il est inséré un article L. 174-20 ainsi rédigé :

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

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

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

Exposé des motifs

La tarification des prestations de soins et d'hébergement des patients étrangers non assurés sociaux en situation régulière sur le territoire est aujourd'hui réalisée sur la base des tarifs journaliers de prestation (TJP).

Cette modalité de facturation pose deux types de problèmes. D'une part, la facturation sur la base des TJP ne permet pas toujours de couvrir l'intégralité des dépenses engagées par l'établissement pour la prise en charge du patient, en particulier lorsque la durée d'hospitalisation est courte et que des molécules onéreuses (MO) ou des dispositifs médicaux implantables (DMI) sont utilisés. D'autre part, ces règles de facturation strictes, directement liées à la durée du séjour, ne permettent pas aux établissements qui le souhaiteraient de développer une offre de soins programmés spécifiquement à destination des patients étrangers fortunés et de valoriser outre les soins et l'hébergement, des prestations annexes.

L'objectif de la mesure proposée est ainsi de permettre aux établissements qui le souhaitent de déroger aux règles de facturation existantes pour la prise en charge en soins programmés des patients étrangers en situation régulière, ne relevant ni d'un régime de sécurité sociale obligatoire français ni d'un régime de sécurité sociale coordonné avec les régimes français (union européenne, espace économique européen et conventions bilatérales de sécurité sociale).

Article 41

L'article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 est ainsi modifié :

1° Le III est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée ».

b) Après le premier aliéna, sont insérées les dispositions suivantes :

« Le fonctionnaire doit présenter une demande écrite, précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin. Cette demande est adressée par lettre recommandée ou déposée contre récépissé auprès du comité médical.

« Le comité médical informe le service du contrôle médical compétent de la demande du fonctionnaire.

« Dès qu'il est informé de la demande, le service du contrôle médical établit un dossier comportant obligatoirement :

« 1° L'avis du médecin nommément désigné ;

« 2° L'avis du médecin conseil accompagné de tous les éléments et pièces justificatives d'ordre médical ayant motivé cet avis ;

« 3° Les motifs invoqués par le fonctionnaire à l'appui de la demande ;

« 4° L'énoncé de la question posée au comité médical.

« Le service du contrôle médical adresse au comité médical ce dossier, dans les quinze jours qui suivent la réception de la demande, par pli recommandé avec demande d'avis de réception.

« Le comité médical établit ses conclusions motivées et les fait parvenir au fonctionnaire, à l'administration et au service du contrôle médical de la caisse. »

2° Au IV, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « quatre ans ».

3° Le V est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les collectivités territoriales qui ont signé des conventions en application du V du présent article entre la fin du délai de signature prévu à ce même article et le 31 décembre 2011 sont autorisées à participer à l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2012 ».

Exposé des motifs

L'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit d'expérimenter pendant deux ans le contrôle administratif et médical des arrêts maladie des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie.

Comme pour toute expérimentation qui débute, une phase d'ajustement technique, mais aussi de communication et de sensibilisation des participants, a été nécessaire, ce qui a retardé son démarrage effectif et empêché les premiers résultats agrégés par la CNAMTS d'être interprétables pour décider d'une éventuelle généralisation.

Il est donc proposé de prolonger l'expérimentation de deux ans afin de permettre la montée en charge du dispositif et ainsi de bénéficier du recul nécessaire pour l'évaluer.

Le présent article prévoit par ailleurs de permettre aux collectivités locales, qui se sont déclarées volontaires avant le 31 décembre 2011 mais n'ont pu signer leur convention locale dans des délais prévus par la LFSS pour 2010, de participer à l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2012.

Enfin, il autorise le médecin conseil à transmettre au comité médical, saisi par le fonctionnaire en cas de contestation de la décision prise par son administration suite à l'avis du médecin conseil, les éléments médicaux ayant fondé cet avis et à permettre ainsi au comité médical de prendre position en toute connaissance de cause.

Article 42

Les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées bénéficient de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées au chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

La participation forfaitaire de 1€ et les franchises médicales découlant respectivement de la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 sont applicables au régime minier comme dans tous les autres régimes d'assurance maladie.

Toutefois, essentiellement pour des raisons qui tiennent aux modalités de prise en charge des affiliés du régime minier dans les structures de soins qu'il gère en interne (absence d'avance de frais), l'application de ces deux dispositifs n'a pas été mise en œuvre.

En contrepartie, le Gouvernement a mis fin par un décret du 31 décembre 2009, aux modalités plus favorables de prise en charge des affiliés, disparates d'une région à l'autre, en matière de transport en ambulance, de cures thermales et de remboursements de produits pharmaceutiques, maintenues provisoirement par le décret 24 décembre 1992.

Dans le cadre d'un document d'orientation sur l'avenir du régime minier, présenté le 12 mai 2011 aux fédérations syndicales minières, le Gouvernement s'est engagé à garantir, au niveau de la loi, une prise en charge effective à 100 % des dépenses de soins des affiliés du régime. Le présent article met en œuvre cet engagement.

Article 43

I. - A l'article L. 161-5 du code de la sécurité sociale, après les mots : « de l'assurance maternité », sont insérés les mots : « , sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle visée à l'article L. 351-9 ».

II. - A l'article L.311-9 du même code, après les mots : « état de maladie », sont insérés les mots : « , sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle visée à l'article L. 351-9 ».

Exposé des motifs

Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse, quelle que soit leur durée d'assurance, ont aujourd'hui droit aux prestations en nature d'assurance maladie, du fait de leur qualité de pensionné. Ce droit est ouvert à tous les pensionnés, y compris ceux qui ont peu travaillé en France et bénéficient d'une très faible pension française, à laquelle est substitué un versement forfaitaire unique, égal à quinze fois le montant annuel de cette pension.

Ainsi, des personnes ayant très faiblement cotisé à l'assurance vieillesse française et dont la pension a été liquidée sous forme de capital, qui dépendent donc d'autres revenus au quotidien, sont à la charge d'un régime français d'assurance maladie sans qu'un lien contributif passé ou présent ait été noué avec ce régime.

Le présent article supprime ce lien automatique entre qualité de pensionné et bénéfice d'un régime français d'assurance maladie.

Les intéressés continueront de bénéficier d'une couverture maladie en tant qu'ayant droit ou de bénéficiaire de la CMU, ou en tant qu'affilié d'un régime étranger servant leur pension principale.

Article 44

A l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou L. 732-18-2 » sont remplacés par les mots : « , L. 732-18-2 ou L. 732-18-3 ».

Exposé des motifs

La pension d'invalidité versée aux assurés du régime général prend normalement fin à l'âge légal du départ en retraite. Son versement est toutefois suspendu dans les différents cas de liquidation d'une retraite anticipée.

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a mis fin au versement de la pension d'invalidité lorsqu'une pension de retraite à raison de la pénibilité a été liquidée. Ces dispositions sont applicables au régime général et, par renvoi du code rural et de la pêche maritime au code de la sécurité sociale, au régime des salariés agricoles. En revanche, elle ne s'applique pas à la retraite pour pénibilité versée au titre du régime des non-salariés agricoles, qui fait l'objet de dispositions spécifiques.

Il convient en conséquence de modifier l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale pour permettre la suspension de la pension d'invalidité versée par le régime général à un assuré ayant fait liquider une pension de retraite pour pénibilité au titre du régime des non-salariés agricoles.

Article 45

Le *III ter* de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *III ter* - Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation. »

Exposé des motifs

L'article 40 de la LFSS pour 2001 prévoit, à l'heure actuelle, la possibilité, pour le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de financer l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour ses missions de conception et de conduite des expérimentations prévues au I de l'article 77 de la LFSS pour 2007, qui prennent fin au 1^{er} janvier 2012 et qu'il n'est pas envisagé de prolonger.

L'ATIH continue néanmoins de réaliser certaines études, par exemple sur la tarification à l'activité (T2A) ou la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), dont le financement doit pouvoir être assuré par le FMESPP.

Le présent article modifie donc l'article 40 de la LFSS pour 2001 afin de permettre au FMESPP d'assurer ce financement.

Article 46

I. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé à 250 millions d'euros pour l'année 2012. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 281 millions d'euros pour l'année 2012.

II. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 385,87 millions d'euros pour l'année 2012.

III. - Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 55 millions d'euros pour 2012.

IV. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2012, à 161 millions d'euros.

V. - Le montant de la contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnement en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique est fixée à 64,55 millions d'euros pour l'année 2012 qui seront répartis entre actions par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées.

VI - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé, pour l'année 2012, à 20 millions d'euros.

Exposé des motifs

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) a vocation à accroître l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé. Le I du présent article fixe le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie à son financement à hauteur de 250 millions d'euros pour 2012.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a créé le financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui intervient principalement en matière d'accompagnement social avant que ses compétences n'aient été progressivement élargies pour permettre un appui plus global à la restructuration et à l'efficacité des soins. Le II du présent article fixe le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour l'année 2012 qui s'élèvera à 385,87 millions d'euros.

Créé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est financé par une dotation de l'assurance maladie pour sa mission de d'indemnisation des accidents médicaux et du VIH. Le III du présent article fixe la dotation de l'assurance maladie à 55 M€ pour 2012.

L'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires introduit un article L. 1432-6 nouveau au code de la santé publique, qui dispose que les contributions des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale. Faute de connaissance au moment des transferts personnel de l'assurance maladie aux ARS en avril 2010 de la rémunération, agent par agent, des effectifs transférés, le montant de la contribution avait été fixé en tenant compte d'hypothèses de rémunération moyenne par types d'agents (personnel médical, personnel administratif cadre et non cadre). Le montant des rémunérations réellement constatées en ARS fait apparaître un besoin de financement en rythme de croisière de 161 millions d'euros supérieur au chiffre de 151 millions d'euros retenu en LFSS pour 2011. Le IV du présent article fixe donc le montant des dotations pour 2012 à 161 M€ Les montants indiqués prennent en compte les efforts de gestion demandés à l'ensemble des opérateurs de service public, qu'ils concernent le non remplacement d'un départ à la retraite sur deux ou l'optimisation des dépenses de fonctionnement.

Aux termes de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, la contribution de la CNSA aux budgets des ARS pour le financement d'actions en direction des personnes handicapées et personnes âgées est déterminée annuellement en loi de financement de la sécurité sociale. Le V du présent article fixe cette contribution à 64,55 M€ pour l'année 2012 afin de poursuivre le déploiement des groupes d'entraide mutuelle (GEM), MAIA (maisons pour l'autonomie et d'intégration des malades d'Alzheimer), les actions de formations et de professionnalisation du secteur de l'aide à domicile ainsi que les formations des acteurs à l'utilisation des référentiels d'évaluation de la perte d'autonomie (AGGIR) et des besoins en soins (PATHOS).

L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) a été institué par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007. Il doit assurer la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire, acquérir, fabriquer et distribuer des produits et services tels que des médicaments, des masques de protection, des respirateurs, des transports sanitaires nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves, et gérer le stock santé national afin d'en assurer le renouvellement et l'accroissement en fonction de l'avancée des connaissances scientifiques sur les menaces identifiées.

Compte tenu de la subvention pour charge de service public qui sera versée par l'Etat en 2012 à l'EPRUS, le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'EPRUS est fixé par le VI du présent article à 20 millions d'euros pour l'année 2012.

Article 47

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 186,8 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 162,2 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses 2012 pour la branche maladie de l'ensemble des régimes de base serait plus élevé de 5,5 milliards d'euros que l'objectif 2011, soit une progression de 3,0 %. L'objectif de dépenses 2012 pour la branche maladie du régime général serait quant à lui plus élevé de 4,8 milliards d'euros (+3,0 %) que l'objectif 2011.

Ces augmentations limitées résultent des efforts continus de maîtrise des dépenses qui trouvent leur traduction, pour ce qui concerne la branche maladie, dans l'ONDAM 2012, dont la croissance est contenue à hauteur de 2,8 %, ce qui représente des économies de l'ordre de 2,2 milliards d'euros.

Article 48

Pour l'année 2012, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	79,4
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,2
Total	171,7

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2012 est de 171,7 milliards d'euros. Cet objectif permet une progression des dépenses de 2,8 % par rapport au montant prévisionnel des dépenses pour l'année 2011, après prise en compte des mesures de transferts intervenant sur le périmètre de l'ONDAM. A champ constant, la progression en valeur absolue des dépenses s'établira à plus de 4,7 milliards d'euros, en intégrant des mesures d'économie à hauteur de 2,2 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses. L'annexe 7 au présent projet de loi de financement présente de façon détaillée les conditions de la construction de l'ONDAM pour 2012.

Le présent projet de loi fixe le taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier à 2,7 %, à parité avec celui de l'enveloppe des soins de ville. La progression de 4,2 % des dépenses en faveur des établissements et services pour personnes handicapées et âgées traduit la priorité accordée à ce secteur depuis plusieurs années déjà. Ce taux d'évolution tient compte du changement de budgétisation de ces dépenses intervenu en 2011 : les autorisations d'engagement, qui correspondent aux autorisations d'ouverture de places pour mener à bien les plans (plan de solidarité grand-âge, plan Alzheimer, plan de création de places pour enfants et adultes handicapés, ...) sont désormais distinguées des crédits de paiement qui figurent dans l'ONDAM et qui sont la traduction des ouvertures réelles de places sur le terrain. Cette adaptation du rythme de décaissement des crédits, qui n'entame en rien la poursuite des plans, permet d'éviter les sous-consommations de crédits constatées par le passé.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse**Article 49**

I. - L'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 7° Dans des conditions et limites d'âge, de ressources et de nombre total de trimestres validés à ce titre, fixées par le décret prévu au présent article, et sans condition d'affiliation préalable, les périodes n'ayant pas donné lieu à validation à un autre titre dans un régime de base pendant lesquelles toute personne a été inscrite en tant que sportif de haut niveau sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport ».

II. - L'Etat prend en charge chaque année, pour les trimestres validés au cours de l'année civile précédente et sur une base forfaitaire fixée par décret, les coûts que représentent, pour l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, les dispositions du 7° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale.

III. - Le présent article est applicable aux périodes d'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport postérieures au 31 décembre 2011.

IV. - Au premier alinéa de l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « à l'article L. 351-3 », sont insérés les mots : « à l'exception de son 7° ».

V. - A l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « titre V à l'exception du chapitre VII » sont remplacés par les mots « titre V à l'exception du 7° de l'article L. 351-3 et du chapitre VII ».

Exposé des motifs

Lors de ses vœux au monde sportif, le Président de la République a annoncé la mise en place en 2011 au profit de 2500 à 3000 athlètes d'un dispositif d'ouverture de droits à la retraite spécifique pour les sportifs amateurs de haut niveau représentant la France dans les compétitions internationales. Compte tenu des exigences croissantes du sport de haut niveau, il est de plus en plus difficile pour ces sportifs de conserver une activité professionnelle à temps plein et de valider des années complètes de droits à la retraite.

Il est donc proposé que les périodes d'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau soient assimilées à des périodes d'assurance vieillesse : l'acquisition des périodes assimilées, au régime général d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, se fera de façon subsidiaire à l'acquisition de trimestres liée à l'activité professionnelle, et dans la limite de seize trimestres par bénéficiaire.

Le coût de cette mesure pour le régime général sera compensé par l'Etat, selon des modalités de calcul définies par décret.

Article 50

I. - Au troisième alinéa du III de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les mots : « pour ce calcul » sont remplacés par les mots : « pour le calcul de la durée d'assurance mentionnée au premier alinéa du présent III ».

II. - Au second alinéa de l'article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « pour ce calcul » sont remplacés par les mots : « dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la limite mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. ».

III. - Le quatrième alinéa de l'article L. 643-3 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »

IV. - Le quatrième alinéa de l'article L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »

V. - L'article L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la durée minimale mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »

VI. - Le présent article n'est pas applicable aux assurés qui remplissent, avant le 1^{er} janvier 2013, les conditions d'âge et de durée d'assurance ouvrant droit au bénéfice de la majoration de pension prévue au III de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite, à l'article L. 351-1-2 et au quatrième alinéa des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Exposé des motifs

Le présent article tend à préciser la rédaction de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale qui, dans leur rédaction issue de l'article 50 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, soulèvent des difficultés d'interprétation. Il permettra ainsi de rendre effective l'exclusion des périodes non cotisées du calcul du nombre de trimestres au-delà duquel le droit à la « surcote » est ouvert, laquelle a été conçue uniquement pour valoriser les prolongations d'activité. Les règles en matière de « surcote » sont à cette occasion harmonisées dans l'ensemble des régimes de retraite de base (professions libérales, avocats et non salariés agricoles).

Article 51

I. - Après l'article L. 382-29 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 382-29-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 382-29-1.* - Sont prises en compte pour l'application de l'article L. 351-14-1, dans les mêmes conditions que les périodes définies au 1^o dudit article, les périodes de formation, accomplies au sein de congrégations ou de collectivités religieuses ou dans des établissements de formation des ministres du culte, qui précèdent l'obtention du statut défini à l'article L. 382-15 entraînant affiliation au régime des cultes. »

II. - Les dispositions du présent article sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2012.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet d'instituer au profit des assurés relevant du régime des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses (CAVIMAC) un dispositif de validation à titre onéreux des périodes de formation à la vie religieuse, antérieures à l'affiliation au régime, sur le modèle du dispositif de rachat des années d'études existant dans le régime général et les régimes alignés sur lui.

Jusqu'au 1^{er} juillet 2006, ces périodes de formation ne constituaient pas des périodes d'affiliation au régime de la CAVIMAC et ne permettaient donc pas aux intéressés d'acquérir des droits à retraite. La mesure proposée vise en conséquence à permettre à ceux d'entre eux qui le souhaitent d'améliorer leurs droits à retraite, en contrepartie du versement de cotisations au régime. Comme en matière de rachat d'années d'étude, le barème de rachat de ces périodes de formation à la vie religieuse sera actuariellement neutre.

La mesure vise également à étendre aux ressortissants de la CAVIMAC les possibilités de rachat d'années d'études aux périodes accomplies antérieurement au 1^{er} janvier 1998.

Article 52

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 210,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 110,7 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif dépenses 2012 de la branche vieillesse du régime général augmente de 3,9 % par rapport à l'objectif 2011. Il en est de même pour l'objectif 2012 consolidé sur l'ensemble des régimes de base.

Cette progression relativement modérée traduit la poursuite de la montée en charge de la réforme des retraites entamée en 2011. Le report de l'âge de départ à la retraite permettra de dégager une économie de 1,3 milliard d'euros en 2012 par rapport à la croissance spontanée des dépenses en l'absence de réforme.

Section 3
**Dispositions relatives aux dépenses des accidents de travail
et de maladies professionnelles**

Article 53

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2012, à 790 millions d'euros.

Exposé des motifs

Cet article fixe, en application de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, le montant du versement à la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie, au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La commission prévue à l'article L. 176-2 du même code, chargée d'évaluer le montant annuel de cette sous-déclaration, s'est réunie au cours du second trimestre 2011 sous la présidence de M. DIRICQ, conseiller-maître à la Cour des comptes, et a rendu son rapport. Au terme de ses travaux, la commission a évalué le montant de la sous déclaration dans une fourchette comprise entre 587 et 1 110 M€ soit un ordre de grandeur légèrement supérieur à celui de 2008 (565 à 1 015 M€).

Au regard de cette estimation, il est proposé de majorer le montant du versement à la branche maladie de 80 M€ ce qui le portera à 790 M€

Article 54

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 315 millions d'euros au titre de l'année 2012.

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 2012.

Exposé des motifs

I. - Le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), créé par l'article 53 de la LFSS pour 2001, est financé par une contribution de la branche AT/MP et par une contribution de l'Etat. La contribution de la branche AT/MP est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale sur la base d'un rapport du conseil d'administration du fonds, transmis au Parlement et au Gouvernement au plus tard le 1er juillet.

Pour 2012, les dépenses devraient s'élever à 450 M€, dont 441 M€ au titre des indemnisations, provisions incluses. Sur cette base, compte tenu des autres produits et du résultat net cumulé prévu pour 2011 (165 M€), il est proposé que la dotation allouée au FIVA au titre de 2012 soit fixée à 315 M€

II. - Au 31 décembre 2010, 30 595 personnes bénéficiaient de versements du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Le Fonds est revenu à l'équilibre en 2010 avec un solde excédentaire positif de 9 M€. Toutefois, il convient d'apurer à terme la dette de 305 M€ du FCAATA envers la CNAMTS correspondant aux avances faites par cette dernière afin d'assurer les prestations du Fonds. C'est pourquoi le II du présent article fixe la dotation de la branche AT-MP à 890 M€

Article 55

Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 est fixé à 110 millions d'euros pour l'année 2012.

Exposé des motifs

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a instauré une retraite à raison de la pénibilité.

Ce dispositif est ouvert aux assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail « ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle ». Applicable depuis le 1^{er} juillet 2011, il a pour finalité d'abaisser, pour ces personnes, l'âge légal d'ouverture du droit à pension à soixante ans et de calculer au taux plein la pension quelle que soit la durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes.

L'article 81 de cette loi prévoit que les dépenses supplémentaires liées à ce dispositif sont financées par une contribution de la branche accidents du travail - maladies professionnelles à la branche retraite dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le montant de la dotation voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 était de 35 M€ Compte tenu des prévisions de dépenses pour 2012, cet article fixe à 110 M€ le montant de la contribution de la branche pour l'année 2012.

Article 56

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

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

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

Exposé des motifs

La branche AT-MP bénéficie d'une partie des économies opérées dans le champ de l'ONDAM qui recouvre pour partie celui des dépenses de cette branche. Les marges de manœuvres ainsi dégagées permettent d'augmenter la compensation envers la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail (+80 millions d'euros) et de poursuivre la montée en charge de la contribution au financement des départs en retraite anticipée à raison de pénibilité (+75 millions d'euros) tout en conservant une progression de l'objectif de dépenses tous régimes limitée à +2,6 % par rapport à l'objectif 2011 révisé.

Section 4
Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 57

I. - Le III de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« III. - L'aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail.

« Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

- lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

- lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code. »

II. - La seconde phrase de l'article L. 531-6 du même code est remplacée par les dispositions suivantes :

« Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

- lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

- lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code. »

III. - L'article L. 531-7 du même code est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase devient le deuxième alinéa ;

2° Le premier alinéa est complété par la phrase suivante : « Toutefois, le droit est ouvert à compter du premier jour du mois civil où les conditions en sont remplies lorsque un droit est déjà ouvert au titre d'un autre enfant. »

Exposé des motifs

Le présent article modifie les règles du complément de libre choix du mode de garde (CMG) afin d'améliorer la prestation, en particulier en faveur des familles monoparentales et des parents handicapés.

Les prestations versées dans le cadre de la PAJE pour solvabiliser la demande de garde, et en particulier les différents plafonds applicables au complément de libre choix de mode de garde (CMG), ne tiennent pas compte de certaines situations particulières. Aussi, afin d'ouvrir plus largement l'accès au CMG des familles monoparentales, qui représentent une famille sur cinq (trois sur dix dans les zones urbaines sensibles), le I et le II du présent article instituent le principe d'un barème de ressources majoré pour les personnes isolées, fixé par décret. La majoration sera de 40 %.

Les dispositions prévues au I et au II prévoient également d'aider plus particulièrement les parents handicapés ayant de jeunes enfants à assurer leurs fonctions d'éducation. L'aide financière envisagée permettra de mieux solvabiliser le recours pour ces parents handicapés à une aide à domicile chargée de s'occuper de leurs jeunes enfants. Cette aide prend la forme d'une majoration du CMG de 30 % en cas de situation de handicap de l'un des deux parents ou du parent isolé. Le champ de la mesure est circonscrit aux personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Enfin, le présent article prévoit de dispenser du dépôt d'une nouvelle demande de CMG pour un nouvel enfant les familles encore bénéficiaires d'un CMG au titre d'un précédent enfant. Cette mesure vise à simplifier les démarches de toutes les familles et à lever les difficultés aujourd'hui constatées en cas de seconde naissance.

Article 58

Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 581-2 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Lorsque l'un au moins des parents se soustrait partiellement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, il est versé à titre d'avance une allocation différentielle. Cette allocation différentielle complète le versement partiel effectué par le débiteur, jusqu'au montant de l'allocation de soutien familial.

« L'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure. Dans ce dernier cas, le surplus de l'allocation demeure acquis à l'allocataire. »

Exposé des motifs

Le présent article réforme le régime d'attribution de l'allocation de soutien familial (ASF), comme le gouvernement s'y était engagé lors du débat parlementaire sur la LFSS pour 2011, en vue d'introduire de la cohérence dans le fonctionnement de la prestation et de mieux aider les familles monoparentales créancières d'une petite pension alimentaire.

Les effets pervers du régime actuel d'attribution de l'ASF différentielle, soulignés par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale en septembre 2010 et par le Haut conseil famille dans son avis sur les ruptures et les discontinuités de la vie familiale adopté lors de sa séance du 8 juillet 2010, rendent en effet nécessaire une réforme de son régime d'attribution pour les petites pensions alimentaires. Aujourd'hui, en cas de versement partiel par le débiteur du montant de la pension alimentaire, un complément d'ASF est versé dans la limite du montant de l'ASF si la pension est supérieure à l'ASF, mais dans la limite de la pension alimentaire seulement si celle-ci est inférieure à l'ASF. Cela est d'autant plus inéquitable qu'en cas de non versement total de la pension, et quel qu'en soit son montant, alors le montant entier de l'ASF est versé. Les débiteurs de petite pension ont donc intérêt à ne rien payer du tout, plutôt qu'à payer partiellement la pension.

Le Gouvernement souhaite désormais verser systématiquement ce complément dans la limite du montant de l'ASF, nonobstant le niveau de la pension fixée et la part versée par l'ex-conjoint, afin d'aider les familles monoparentales les plus fragiles dans un contexte de plus forte vulnérabilité de ce public.

Cette réforme permettra d'introduire un soutien financier supplémentaire à ces familles en corrigeant les inégalités de traitement entre les créanciers de petites pensions en cas de paiement partiel ou nul de la pension alimentaire.

Article 59

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 57,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale à 56,6 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses 2012 tous régimes est en augmentation de 2,8 % par rapport à l'objectif 2011. Il tient compte des mesures nouvelles en dépenses visant à améliorer les aides envers les familles monoparentales (au travers du relèvement du plafond de ressources du complément mode de garde de la PAJE et de l'aménagement de l'allocation de soutien familial) et les parents handicapés (*via* l'augmentation du complément mode de garde de la PAJE).

Section 5
**Dispositions relatives aux organismes concourant au financement
des régimes obligatoires**

Article 60

Pour l'année 2012, 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 les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Exposé des motifs

Le 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le Fonds de solidarité vieillesse prend en charge une partie fixée par la loi de financement de la sécurité sociale des dépenses de minimum contributif servi par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Cette opération, qui a eu pour conséquence de réduire les dépenses à la charge desdits régimes, a été permise grâce à l'affectation au FSV, à l'occasion de la réforme des retraites de 2010, de ressources nouvelles à hauteur de 3,5 Md€

Au titre de l'exercice 2011, le régime général a ainsi bénéficié de 3 Md€ de transfert, le régime des salariés agricoles de 0,4 Md€ et le RSI enfin de 0,1 Md€. D'après les données statistiques disponibles, ces montants correspondent à près de 56 % de la dépense totale des régimes.

Dans le prolongement de ce schéma, il est proposé, pour l'année 2012, de fixer la participation du FSV de façon à ce que ce dernier contribue globalement à hauteur des recettes qui lui ont été transférées à l'occasion du « Rendez-vous retraites ».

Au total, les recettes affectées au Fonds dans le cadre de la réforme des retraites sont estimées à 3,9 Md€ pour 2012. De façon symétrique, il est proposé que la prise en charge par le FSV du financement du minimum contributif progresse pour s'élever à 3,9 Md€

Article 61

Pour l'année 2012, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

(en milliards d'euros)	
	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	18,0

Exposé des motifs

La prévision de charges du Fonds de solidarité vieillesse en 2012, d'un montant de 18,0 Md€ est progression de 2,3% par rapport à la prévision pour 2011 (17,6 Md€). Cette progression est essentiellement le fait des prises en charge de prestations (+5,8 %), parmi lesquelles la prise en charge par le Fonds d'une partie des charges du régime général et des régimes alignés au titre du minimum contributif sera portée à 3,9 Md€ en 2012 contre 3,5 Md€ en 2011. Les prises en charge de cotisations sont à l'inverse orientées à la baisse (-1,0 %), sous l'effet d'une diminution prévue des prises en charge au titre des périodes de chômage, l'effectif correspondant de demandeurs d'emploi diminuant sous l'effet de l'amélioration de l'emploi.

Section 6

Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement**Article 62**

Après l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-2 ainsi rédigé :

« *Article L. 114-12-2.* - Chacun des organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale peut être désigné pour réaliser et gérer un système d'information commun à tout ou partie d'entre eux, ainsi qu'à d'autres organismes mentionnés à l'article L. 114-12-1, en vue de l'accomplissement de leurs missions.

Cette désignation peut être prévue par une convention conclue entre les organismes concernés et publiée au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale ou, à défaut, par décret ».

Exposé des motifs

La mutualisation est un axe majeur du schéma directeur stratégique des systèmes d'information de la sécurité sociale qui contribue à la performance des régimes obligatoires de sécurité sociale en permettant de substantielles économies de gestion.

Ainsi, les coûts de développement de trois systèmes d'information mutualisés le plus récemment, sont évalués à 7 millions d'euros alors que sans mutualisation, ces trois projets auraient mobilisé plusieurs dizaines de millions d'euros dans la mesure où chaque organisme partie prenante aurait dû investir à son niveau plusieurs milliers de jours de développement.

L'objet du présent article est de sécuriser ces actions de mutualisation, en inscrivant dans la loi la possibilité pour un organisme d'être désigné comme chargé de l'étude, de la réalisation et de la mise en œuvre de projets mutualisés de systèmes d'information mettant en cause plusieurs branches, plusieurs régimes voire également d'autres organismes de protection sociale.

Section 7
Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 63

I. - L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au début de l'article, il est inséré un « I. » ;

2° Le sixième alinéa est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase est complétée par les mots : « dans un délai fixé par voie réglementaire » ;

b) L'alinéa est complété par les mots suivants : « ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir » ;

3° Au huitième alinéa, les mots : « devant la juridiction administrative » sont remplacés par les mots : « devant le tribunal des affaires de sécurité sociale » ;

4° La deuxième phrase du neuvième alinéa est supprimée ;

5° Après le neuvième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations familiales, des dispositions de l'article L. 553-2 et, pour les retenues sur les prestations d'assurance vieillesse, de celles de l'article L. 355-2.

« L'action se prescrit selon les modalités prévues aux articles 2224 et suivants du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. »

II. - L'article L. 133-4 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du huitième alinéa est supprimée ;

2° Le neuvième alinéa est complété par les phrases suivantes : « Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. »

III. - Le IV de l'article L. 162-1-14 du même code est ainsi modifié :

1° Le sixième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est complétée par les mots : « ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir » ;

b) Les mots : « tribunal administratif » sont remplacés par les mots : « tribunal des affaires de sécurité sociale » ;

2° La deuxième phrase du septième alinéa est supprimée ;

3° Après le septième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est alors fait application des dispositions de l'article L. 133-4-1.

« L'action se prescrit selon les modalités prévues aux articles 2224 et suivants du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. »

IV. - L'article L. 162-1-14-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au neuvième alinéa, après le mot : « récidive », sont ajoutés les mots : « dans un délai fixé par voie réglementaire » ;

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

« Les décisions prononçant les sanctions prévues au présent article peuvent être contestées devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Quand ces sanctions consistent en des pénalités financières, elles sont recouvrées selon les modalités définies aux septième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 162-1-14. »

V. - Au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-14-2 du même code :

1° Après le mot : « notifiée », sont insérés les mots : « et recouvrée » ;

2° L'alinéa est complété par les mots : « La pénalité peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale ».

VI. - Au premier alinéa de l'article L. 262-52 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « définies pour la pénalité prévue à » sont remplacés par les mots : « définies, en matière de prestations familiales, aux sixième, septième, neuvième et dixième alinéas du I, à la seconde phrase du onzième alinéa du I et au II de ».

VII. - Les juridictions administratives demeurent compétentes pour connaître des recours formés devant elles contre les décisions prononçant les sanctions prévues aux articles L. 114-17, L. 162-1-14, L. 162-1-14-1 et L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale et pendant à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de préciser et d'harmoniser les dispositions relatives aux pénalités financières que les organismes de sécurité sociale peuvent prononcer en cas de non respect des prescriptions du code de la sécurité sociale.

Les personnes qui méconnaissent les dispositions du code de la sécurité sociale peuvent se voir appliquer une pénalité financière en application des articles L. 114-17, L. 162-1-14, L. 162-1-14-1, L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale.

La pénalité ou la sanction financière sont contestables devant le tribunal administratif, leur recouvrement l'est devant le TASS. En conséquence, les justiciables qui entendent contester une même inobservation du code de la sécurité sociale donnant lieu à un recouvrement des indus et au prononcé d'une pénalité ou d'une sanction financières doivent engager deux actions contentieuses devant deux juridictions différentes d'où la complexité pour faire valoir leurs droits, les risques d'erreurs de saisine des juridictions et la longueur des délais de jugement. Il est donc proposé de transférer le contentieux des pénalités aux tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS).

Le présent article précise que l'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date de sa notification par le directeur de l'organisme concerné et retient une prescription des faits pouvant donner lieu à l'application d'une pénalité de 5 ans. Il harmonise les dispositions relatives aux pénalités que peuvent prononcer les organismes débiteurs de prestations familiales et d'assurance vieillesse avec celles prévues pour les organismes d'assurance maladie pour ce qui est du doublement de la pénalité en cas de récidive.

Il prévoit la possibilité pour les caisses de recouvrer les pénalités sur les prestations ou versements ultérieurs faits par la caisse à l'intéressé et pour les assurés et allocataires selon les mêmes dispositions prévues que pour le recouvrement des indus.

Article 64

I. - L'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du septième alinéa est supprimée ;

2° Au dernier alinéa, les mots : « ainsi qu'à l'article 1143-2 du code rural » sont remplacés par les mots : « ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime ».

II. - Le chapitre VI du titre VII du livre III du même code est complété par un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 376-3-1.* - La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur de ce dernier.

« L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l'article L. 376-1, une pénalité fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

« Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L. 376-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

« La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

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

III. - L'article L. 454-1 du même code est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du cinquième alinéa est supprimée ;

2° Au dernier alinéa, les mots : « ainsi qu'à l'article 1143-2 du code rural », sont remplacés par les mots : « ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime ».

IV. - Le chapitre IV du titre V du livre IV du même code est complété par un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 454-2.* - La caisse d'assurance maladie de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur de ce dernier.

« L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre des recours subrogatoires prévus aux articles L. 454-1, L. 455-1 et L. 455-1-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

« Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

« La contestation de la décision de la caisse d'assurance maladie relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

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

Exposé des motifs

En cas d'accident impliquant un tiers responsable, les organismes de sécurité sociale sont habilités à lui réclamer ou à son assureur le remboursement des sommes qu'ils ont versées au titre de l'accident.

A l'heure actuelle, l'assureur du tiers responsable qui n'informe pas la caisse de sécurité sociale de la victime de l'accident dans les trois mois suivant la survenue de celui-ci est tenu de verser une indemnité d'un montant très faible, égal à 50 % de l'indemnité forfaitaire de gestion due au titre des frais de recours, soit une somme comprise en 2011 entre 48,50 € et 490 €

Le présent article prévoit que l'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation d'information ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire, une pénalité fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

Article 65

Au début de l'article L. 114-11 du code de la sécurité sociale, il est inséré quatre alinéas ainsi rédigés :

« Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes de sécurité sociale et les autorités consulaires se communiquent toutes informations qui sont utiles :

1° A l'appréciation et au contrôle par lesdits organismes des conditions d'ouverture ou de service des prestations versées ;

2° Au recouvrement des créances détenues par ces organismes ;

3° Aux vérifications par les autorités consulaires des conditions de délivrance des documents d'entrée et de séjour sur le territoire français. »

Exposé des motifs

Dans le cadre du renforcement des actions des organismes en matière de gestion des droits et de la lutte contre la fraude, par exemple s'agissant des risques de fraudes au décès ou du remboursement des soins reçus à l'étranger, il apparaît nécessaire de mettre en œuvre des échanges d'informations plus systématiques.

A l'heure actuelle, les échanges d'informations entre les consulats et les organismes de sécurité sociale sont ponctuels et s'inscrivent dans le cadre des dispositions relatives au droit de communication. Seule la Caisse des Français de l'étranger (CFE) dispose de prérogatives plus importantes, à savoir recueillir de la part des autorités consulaires toutes les informations nécessaires à l'exercice de son contrôle, en vertu de l'article L. 766-1-2 du code de la sécurité sociale.

Ces échanges renforcés permettront également d'améliorer le contenu des vérifications sur la couverture maladie des demandeurs de visas de court séjour lors de l'instruction des demandes par les autorités consulaires.

Article 66

I. - Après l'article L. 133-6-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 133-6-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-6-7-1.* - A défaut de chiffre d'affaires ou de recettes ou de déclaration de chiffre d'affaires ou de revenu au cours d'une période d'au moins deux années civiles consécutives, un travailleur indépendant est présumé ne plus exercer d'activité professionnelle justifiant son affiliation au régime social des indépendants. Dans ce cas, la radiation peut être décidée par l'organisme de sécurité sociale dont il relève, sauf opposition formulée par l'intéressé dans le cadre d'une procédure contradictoire précisée par décret en Conseil d'Etat.

« L'organisme qui prononce cette radiation en informe les administrations, personnes et organismes destinataires des informations relatives à la cessation d'activité prévues à l'article 2 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. »

II. - Le 2° de l'article L. 8221-3 du code du travail est complété par les mots : « n'a pas déclaré tout ou partie de son chiffre d'affaires ou de ses revenus ou a continué son activité après avoir été radié en application des dispositions de l'article L. 133-6-7-1 du code de la sécurité sociale ».

Exposé des motifs

Selon le Régime social des indépendants et l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale, plusieurs dizaines de milliers de comptes de travailleurs indépendants concernent des personnes qui ont cessé leur activité sans avoir procédé à l'ensemble des formalités nécessaires auprès des organismes de sécurité sociale.

Cette situation entraîne leur assujettissement injustifié à des cotisations sociales, le maintien d'écritures comptables erronées dans les livres du régime et peut entraîner l'engagement de procédures de recouvrement inutiles à l'encontre des intéressés. Elle peut en outre exposer ceux-ci à des poursuites pour travail dissimulé.

Afin de mettre un terme à cette situation, le présent article autorise, dans des conditions strictement définies et en offrant la possibilité à l'assuré de s'y opposer, l'initiation d'une procédure de radiation définitive des cotisants sans activité réelle. Resteront néanmoins passibles d'une sanction pour travail dissimulé les assurés qui auraient une activité non déclarée après cette radiation, même si elle a été réalisée à l'initiative des organismes.

Article 67

Le dernier alinéa de l'article L. 8221-6 du code du travail est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans ce cas, la dissimulation d'emploi salarié est établie si le donneur d'ordre s'est soustrait intentionnellement par ce moyen à l'accomplissement des obligations incombant à l'employeur mentionnées à l'article L. 8221-5.

« La personne qui a fait l'objet d'une condamnation pénale pour travail dissimulé dans les conditions prévues au présent II est alors tenue au paiement des cotisations et contributions sociales qu'elle aurait dû acquitter comme employeur pour la période pendant laquelle la dissimulation d'emploi salarié a été établie. »

Exposé des motifs

En rétablissant la présomption de non salariat, la loi n° 2003-721 du 1^{er} août 2003 pour l'initiative économique a supprimé parallèlement les règles de redressement applicables en cas de requalification en salariat. Or, si cette suppression était justifiée s'agissant d'une requalification directe par les URSSAF, elle ne répond visiblement pas à l'intention du législateur lorsque la requalification est établie par le juge.

Il est donc nécessaire de rétablir la disposition prévoyant explicitement que les cotisations de sécurité sociale sont dues pour la période pendant laquelle le délit a été constaté, ce qui ne porte pas atteinte à la présomption de non-salariat mais permettra une sanction plus dissuasive dans les cas, limités en nombre, de condamnations pour dissimulation d'emploi salarié ayant donné lieu à une condamnation pénale.

Article 68

Le II de l'article L. 561-29 du code monétaire et financier est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En outre, le service peut transmettre aux organismes énumérés à l'article L. 114-12 du code de sécurité sociale des informations en relation avec les faits mentionnés au I de l'article L. 561-15, qu'ils peuvent utiliser pour l'exercice de leurs missions ».

Exposé des motifs

La service TRACFIN reçoit dans le cadre des déclarations de soupçon imposées par le dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux des informations intéressant les organismes de protection sociale, en particulier dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé et les fraudes aux cotisations.

Or, les organismes de protection sociale n'ont pas la faculté de recevoir des informations émanant de TRACFIN, qui ne peut les communiquer qu'à l'administration des douanes, aux services de police judiciaire et à l'administration fiscale.

Il est donc proposé d'ajouter les organismes de protection sociale à la liste des structures susceptibles de recevoir des informations émanant de TRACFIN afin que les caisses de sécurité sociale puissent s'en servir dans le cadre de l'accomplissement de leurs missions de contrôle et lutter plus efficacement contre la fraude tant aux cotisations qu'aux prestations.

A N N E X E S

ANNEXE A

**RAPPORT PRESENTANT LA SITUATION PATRIMONIALE DE LA SECURITE SOCIALE AU
31 DECEMBRE 2010, AINSI QUE DECRIVANT LES MESURES PREVUES POUR L'AFFECTION
DES EXCEDENTS ET LA COUVERTURE DES DEFICITS CONSTATES SUR L'EXERCICE 2010**

I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2010

ACTIF (en Md€)	2010	2009	variation	PASSIF (en Md€)	2010	2009	variation
IMMOBILISATIONS	6,6	6,8	-0,2	CAPITAUX PROPRES	-87,1	-66,3	-20,8
Immobilisations non financières	3,9	4,0	0,0	Dotations	32,8	30,3	2,4
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,8	2,1	-0,2	Régime général	0,5	0,5	0,0
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (Ugecam, UIOSS)	0,8	0,8	0,0	Autres régimes	3,7	3,5	0,2
				CADES	0,2	0,2	0,0
				FRR	28,3	26,1	2,3
				Réserves	13,2	13,7	-0,5
				Régime général	2,6	2,6	0,0
				Autres régimes	6,7	7,0	-0,3
				FRR	3,9	4,1	-0,1
				Report à nouveau	-110,0	-90,7	-19,3
				Régime général	-13,5	6,9	-20,4
				Autres régimes	-1,3	-0,3	-1,0
				FSV	-3,2	0,0	-3,2
				CADES	-92,0	-97,3	5,3
				Résultat de l'exercice	-23,9	-19,6	-4,3
				Régime général	-23,9	-20,3	-3,6
				Autres régimes	-1,6	-1,2	-0,4
				FSV	-4,1	-3,2	-0,9
				CADES	5,1	5,3	-0,1
				FRR	0,6	-0,1	0,7
				Autres	0,7	0,0	0,7
				FRR	0,7	0,0	0,7
				PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	17,0	16,4	0,5
ACTIF FINANCIER	50,7	48,4	2,3	PASSIF FINANCIER	146,8	124,7	22,0
Valeurs mobilières et titres de placement	44,6	43,9	0,8	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	118,8	106,5	12,3
Autres régimes	9,2	8,8	0,4	Régime général	17,5	9,6	8,0
CADES	1,5	4,0	-2,4	CADES	101,2	97,0	4,3
FRR	33,9	31,2	2,7	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	24,7	17,8	6,9
Encours bancaire	5,9	4,3	1,6	Régime général (y compris prêts CDC)	21,0	15,5	5,5
Régime général	0,8	0,5	0,3	Autres régimes	3,7	2,1	1,6
Autres régimes	0,7	0,6	0,1	CADES	0,0	0,2	-0,2
CADES	1,2	1,0	0,2	Dépôts	0,8	0,0	0,8
FRR	3,2	2,3	0,9	Régime général	0,8	0,0	0,8
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,2	0,0	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,1	0,1	0,0
CADES	0,2	0,2	0,0	FRR	0,1	0,1	-0,1
				Autres	2,4	0,3	2,0
				Régime général	0,3	0,0	0,2
				Autres régimes	0,1	0,1	0,0
				CADES	2,0	0,2	1,8
ACTIF CIRCULANT	59,8	60,1	-0,3	PASSIF CIRCULANT	40,5	40,5	0,0
Créances sur prestations	7,8	9,1	-1,3	Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	21,3	21,3	0,0
Créances et produits à recevoir (PAR) sur cotisations, contributions sociales, impôts	41,3	38,1	3,2	Dettes à l'égard des cotisants	1,4	1,0	0,4
Créances et PAR sur l'Etat et autres entités publiques	6,6	10,1	-3,5	Dettes et CAP à l'égard de l'Etat et autres entités publiques	7,6	7,2	0,4
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régul.)	4,1	2,8	1,3	Autres passifs (créiteurs divers, comptes d'attente et de régul.) dont soulte IEG	10,2	11,0	-0,8
TOTAL DE L'ACTIF	117,1	115,3	1,8	TOTAL DU PASSIF	117,1	115,3	1,8

Sur le champ de l'ensemble des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres, s'élevait à 87,1 Md€ au 31 décembre 2010, soit l'équivalent de 4,5 points de PIB ou d'un peu plus de 2 mois de prestations versées par ces mêmes organismes. Ce passif net a augmenté de 21 Md€ par rapport à celui constaté au 31 décembre 2009 (66,3 Md€), en raison essentiellement du déficit des régimes et du FSV pour l'année 2010 (soit 29,6 Md€), minoré de l'amortissement de la dette portée par la Cades (5,1 Md€) et des recettes affectées au FRR (2,2 Md€) sur cette même année.

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (50,7 Md€ dont les deux tiers environ par le FRR), du besoin en fonds de roulement (différence de 19,3 Md€ entre les actifs et passifs circulants) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 146,8 Md€ au 31 décembre 2010 (contre 124,7 Md€ au 31 décembre 2009).

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au présent projet de loi de financement.

II. - Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2010 et affectation des excédents observés sur ce même exercice

Les comptes du **régime général** ont été déficitaires de 23,9 milliards d'euros en 2010. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 11,6 milliards d'euros, la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,7 milliard d'euros, la branche vieillesse un déficit de 8,9 milliards d'euros et la branche famille un déficit de 2,7 milliards d'euros.

Pour faciliter le retour de la croissance qui constituait un objectif prioritaire, il avait été décidé dans le cadre exceptionnel de l'année 2010 de ne pas procéder sur cette année à des reprises de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Aussi, le Gouvernement avait pris les engagements nécessaires pour que le déficit global du régime général pour les exercices 2009 et 2010 puisse être financé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, avec l'appui de l'Agence France Trésor, au moyen de ressources non permanentes dans la limite des plafonds fixés par les lois de financement de la sécurité sociale.

Dans le cadre fixé par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement pour 2011 a organisé le transfert de ces déficits cumulés 2009-2010 du régime général (hors branche accidents du travail) à la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Conformément aux dispositions organiques, la Caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

La plupart des **régimes de base autres que le régime général** présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles hors branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires, des cultes et des marins...), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (Fonction publique d'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 sur les sociétés.

Cependant, deux régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2010 des résultats déficitaires.

S'agissant d'une part de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 1,3 Md€(contre 1,2 Md€en 2009) et a fait l'objet d'un financement bancaire dans le respect du plafond fixé par la LFSS pour 2010 à 3,5 Md€. Il est proposé dans le présent projet de loi de transférer à la CADES, grâce à la mobilisation des ressources supplémentaires dont celle-ci bénéficiera en application du plan de lutte contre les déficits publics, les déficits cumulés 2009 et 2010 de la branche vieillesse du régime.

S'agissant d'autre part de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), il convient d'observer qu'elle a enregistré pour la première fois un déficit en 2010 (0,5 Md€). Compte tenu des réserves antérieures de la caisse, celui-ci a été pour l'essentiel autofinancé.

Enfin, quelques régimes présentent des résultats excédentaires, principalement la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (risque maladie), la caisse nationale des industries électriques et gazières et le fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (environ 0,1 Md€chacun). Ces excédents sont affectés au report à nouveau des caisses.

Par ailleurs, **le FSV** a enregistré en 2010 un déficit de 4,1 milliards d'euros. Le Fonds ne disposant pas de réserve, ce déficit est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif. Dans la mesure où le FSV n'est pas habilité par la loi de financement à emprunter, ce déficit a entraîné en 2010 une dette vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) qui a été financée in fine par les emprunts de trésorerie de l'ACOSS, dans les mêmes conditions que les déficits propres de la CNAV.

Comme pour le régime général, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES des déficits cumulés 2009 et 2010 du fonds.

ANNEXE B

**RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS
DE DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET
DU REGIME GENERAL, LES PREVISIONS DE RECETTES ET DE DEPENSES
DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES REGIMES
AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DEPENSES D'ASSURANCE
MALADIE POUR LES QUATRE ANNEES A VENIR**

Hypothèses retenues dans la projection quadriennale

	2011	2012	2013	2014	2015
PIB (volume)	1,75%	1,75%	2,0%	2,0%	2,0%
masse salariale privée	3,7%	3,7%	4,0%	4,0%	4,0%
inflation	2,1%	1,7%	1,75%	1,75%	1,75%
ONDAM en valeur	2,9%	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%

La présente annexe décrit le cheminement 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 2015, sur la base d'hypothèses macroéconomiques prudentes, et intégrant l'impact financier des mesures participant de la stratégie du Gouvernement en matière de retour à l'équilibre financier de la Sécurité sociale.

Les hypothèses retiennent une stabilisation en 2012 de la progression de la masse salariale privée, principale assiette des ressources de la Sécurité sociale, au même rythme qu'en 2011 (3,7% en valeur), en raison notamment d'un ralentissement de la hausse des prix (1,7% après 2,1% en 2011). De 2013 à 2015, la masse salariale privée est supposée progresser de 4% par an en valeur, soit un peu plus rapidement qu'en 2011 et en 2012. Cette hypothèse est prudente, car inférieure au rythme annuel moyen de la masse salariale privée entre 1998 et 2007 (+4,1%), alors que l'éventualité d'un rattrapage partiel des points de croissance perdus entre 2008 et 2012 par rapport à la tendance historique ne peut être écartée. Elle suppose néanmoins une croissance de la rémunération du travail salarié légèrement plus rapide que le PIB en valeur (4% contre 3,75%), prolongeant le constat observé en 2010 et en 2011 d'une bonne tenue de l'emploi et des salaires.

La période quadriennale qui s'ouvre est marquée par des incertitudes sur l'environnement macroéconomique international, qui contraint fortement les finances publiques des États. Dans le programme de stabilité transmis à la Commission européenne au 1^{er} semestre 2011, la France s'est engagée auprès de ses partenaires européens, à respecter une trajectoire de redressement du solde des administrations publiques (de -5,7 % du PIB en 2011 à -4,5 % en 2012, -3,0 % en 2013 et -2,0 % en 2014) et ce quelle que soit la conjoncture économique. Tous les sous-secteurs des administrations publiques devront prendre leur part à cet effort, et notamment la sécurité sociale compte tenu de son poids dans l'ensemble des finances publiques, même si sa part dans le besoin de financement d'ensemble de la sphère publique reste limitée (moins d'un cinquième du besoin de financement des administrations publiques en 2010).

La trajectoire financière décrite dans la présente annexe est marquée par une réduction très significative du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale. Celui-ci devrait passer de 20,2 Md€ en 2011 à 11,0 Md€ en 2015, soit une diminution de près de la moitié. Pour le seul régime général, le redressement est encore plus significatif : -8,5 Md€ en 2015, contre -18,2 Md€ en 2011. Les déficits de la branche vieillesse étant d'ores et déjà financés par le biais de la reprise par la CADES des déficits annuels de la CNAV et du FSV durant la période de montée en charge de la réforme des retraites jusqu'en 2018, le déficit du régime général hors branche vieillesse devra être remboursé par des excédents ultérieurs.

Le levier principal et la clé de la durabilité de ce redressement sont un effort continu de maîtrise des dépenses de la Sécurité sociale. La projection quadriennale décrite dans la présente annexe retient l'hypothèse d'une progression annuelle moyenne des charges nettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale de 3,1 % en valeur, soit 1,35 % en volume. Maintenir pendant quatre ans la croissance des dépenses de la Sécurité sociale à un rythme inférieur d'un tiers à celui de la richesse nationale constituera un résultat important au regard des pressions que le vieillissement de la population exercera sur la demande de prestations et services sociaux. Ce résultat sera obtenu au moyen d'un engagement résolu dans la recherche de l'efficacité de la fourniture de ces prestations et services.

En matière d'assurance maladie, conformément à l'engagement pris par le Président de la République lors de la conférence des déficits publics en mai 2010, le Gouvernement propose dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale un ONDAM en progression de 2,8 % en valeur par rapport à l'objectif 2011, qui sera lui-même respecté. La présente projection quadriennale repose également sur l'hypothèse de la reconduction de ce taux de progression de 2,8 % jusqu'en 2015 au moins.

Compte tenu d'une évolution tendancielle, en l'absence de toute mesure, légèrement supérieure à 4,0%, cela signifie un effort d'économie de plus de 2 Md€ chaque année. Ces économies seront justement réparties entre efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville, baisse des coûts des médicaments par le développement des génériques et l'action sur les prix des produits, amélioration de l'efficacité hospitalière et convergence tarifaire : les mesures viseront prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins. Ainsi, en 2012, exercice au cours duquel le respect d'une progression des dépenses sous ONDAM de 2,8 % par rapport à l'objectif pour 2011 exige un montant d'économies de 2,2 Md€, celles-ci seront atteintes :

- par de nouvelles actions de maîtrise médicalisée, qui devront produire 550 M€ d'économies ;
- par des ajustements tarifaires dans le domaine des produits de santé dans le cadre de la politique conventionnelle, pour un montant de 770 M€;
- par des baisses de tarifs de certains actes médicaux, principalement en radiologie et en biologie, à hauteur de 170 M€;
- par une harmonisation et une simplification du calcul des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail, qui permettra d'économiser 220 M€;

- enfin, dans le domaine hospitalier, par la poursuite de la convergence tarifaire, l'amélioration de la performance à l'hôpital et l'intensification des politiques de lutte contre la fraude, dont sont attendues 450 M€ d'économies.

En outre, en application de l'article 8.III de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, une mise en réserve de dotations, pour un montant de 545 M€ en 2012.

On ne saurait trop souligner la performance réalisée par la France en matière de régulation des dépenses d'assurance maladie. Depuis le début de la précédente décennie, le rythme de croissance en valeur des dépenses d'assurance maladie est passé d'environ 7 % à moins de 3 %. Le montant cumulé des économies réalisées par rapport à une situation où les dépenses d'assurance maladie seraient restées sur leur trajectoire antérieure peut être évalué à 40 Md€ entre 2002 et 2010. Selon l'OCDE, notre pays se situe au deuxième rang, derrière l'Italie, pour la modération de la croissance des dépenses publiques de santé depuis 2005. Avec une progression de 1,7 % en moyenne par an en volume au cours de cette période, nos dépenses d'assurance maladie augmentent sensiblement moins rapidement qu'en Allemagne (2,6%) ou au Royaume-Uni (5,9 %). Mais, dans le même temps, la France reste, parmi les pays développés, l'un de ceux dans lequel la part des dépenses de santé financée par les administrations publiques est la plus élevée, dans lequel les patients disposent des libertés les plus larges de choix du médecin ou de mode de prise en charge, et qui présente les meilleurs résultats en matière d'état de santé de la population, tout particulièrement en ce qui concerne l'espérance de vie des femmes. Le dernier rapport de la commission des comptes de la santé montre que pour la troisième année consécutive le reste à charge des ménages diminue, pour s'établir à 9,4% de la consommation des soins et biens médicaux. Cette part de reste à charge place la France en deuxième position, juste derrière les Pays-Bas.

Les efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui seront fournis trouveront une traduction dans les comptes de la branche maladie du régime général, dont le déficit reviendra de 11,6 Md€ en 2010 à 5,9 Md€ – soit une division par deux en deux ans –, et à 2,5 Md€ en 2015.

Dans le domaine des retraites, la réforme adoptée l'an dernier a commencé à être mise en œuvre en 2011. Sa montée en charge se poursuivra en 2012, avec dès le 1^{er} janvier la deuxième étape du relèvement des âges de la retraite (à 60 ans et 8 mois pour l'âge d'ouverture des droits), pour la génération 1952. Cette mesure et les autres dispositions de la réforme portant sur les dépenses des régimes produiront en 2012 une économie significative, de l'ordre de 1,3 Md€, sans compter l'impact des mesures de recettes prises en LFSS 2011 au bénéfice de la CNAV et du FSV, ni les gains en ressources pour les régimes de sécurité sociale consécutifs au maintien en activité d'un nombre plus important de seniors.

A plus long terme, la réforme fixe l'objectif d'un retour à l'équilibre financier de l'ensemble du système de retraite à l'horizon 2018, sans dégrader le niveau élevé des pensions dont bénéficient les retraités, ni alourdir les prélèvements supportés par les actifs, et ainsi préserver la quasi-parité de niveau de vie aujourd'hui observée entre actifs et retraités (le niveau de vie des retraités équivaut en moyenne à 96% de celui des actifs en 2009). Aussi le levier privilégié est-il l'élévation de l'âge effectif de départ en retraite, au moyen de l'allongement de la durée d'assurance requise pour obtenir une pension à taux plein en fonction de l'évolution de l'espérance de vie, et de l'élévation des âges légaux de la retraite. Ce dernier est nécessaire pour atteindre l'objectif posé dans la réforme des retraites de 2003 d'un partage des gains d'espérance de vie à deux tiers en faveur de l'activité professionnelle et au tiers restant en faveur de la retraite. Au total, selon les évaluations disponibles, le relèvement des bornes d'âge devrait se traduire par un gain de 9,1 Md€ à l'horizon 2018 pour la branche vieillesse du régime général, soit près de la moitié de l'impact d'ensemble de la réforme.

Mais le redressement des comptes de la Sécurité sociale à l'horizon 2015 reposera aussi sur un effort de remise à niveau des recettes. En effet, la perte de recettes pour le régime général liée à la conjoncture très défavorable que l'économie française a traversée en 2008/11 peut être estimée à 9 points de masse salariale du secteur privé, soit 18 Md€ environ. Compte tenu de l'ampleur de cette ponction sur ces recettes, sans laquelle les régimes de Sécurité sociale dans leur ensemble seraient excédentaires, le Gouvernement entend logiquement mettre en œuvre des actions qui permettent d'assurer un financement viable du haut niveau de protection sociale qui doit être garanti aux Français.

La loi portant réforme des retraites, votée en 2010, participait déjà d'un tel objectif, avec un volet recettes important. Des recettes nouvelles ciblées sont apportées aux régimes de retraite et au Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Ainsi, les ménages imposés à la tranche la plus élevée du barème de l'impôt sur le revenu ont vu leur taux marginal augmenter d'un point. Par ailleurs, les prélèvements sur les stock-options et les retraites chapeaux ont été relevés. Les revenus du capital sont également mis à contribution de façon spécifique (plus-values de cession mobilières et immobilières, dividendes et intérêts). Concernant les entreprises, le gain de recettes induit par l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales bénéficie intégralement au Fonds de solidarité vieillesse. Enfin, à plus long terme, les cotisations vieillesse au régime général seront augmentées entre 2015 et 2018, et compensées à due proportion par une diminution des cotisations d'assurance chômage, compte tenu de l'amélioration prévue de la situation financière de ce régime.

Outre les recettes associées à la réforme des retraites, des mesures nouvelles annoncées par le Premier ministre le 24 août dernier dans le cadre d'un plan global de lutte contre les déficits, permettront d'améliorer les comptes des organismes de sécurité sociale de 6 Md€ dont environ 4 Md€ au titre de la réduction des niches sociales. Parmi celles-ci, on peut citer : la réforme des abattement sur les plus-values immobilières, la hausse du forfait social de 6 à 8 % portant sur les dispositifs tels que l'épargne salariale ou la retraite supplémentaire, l'élargissement d'un point de l'assiette de la CSG et de la CRDS pour les revenus d'activité, la réintégration des heures supplémentaires dans le barème des allègements généraux de cotisations sociales suivant les recommandations du Conseil des prélèvements obligatoires, tout en maintenant les avantages fiscaux et sociaux prévus par la loi TEPA, la hausse du taux de la taxe sur les conventions d'assurance. Le projet du Gouvernement traduit également sa volonté de renforcer l'équité du prélèvement, en assurant notamment la contribution des plus hauts revenus via l'augmentation de 1,2 point des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Par ailleurs, dans le cadre d'une politique globale de santé publique visant à limiter les comportements à risque, les prix du tabac seront renchéris, la fiscalité sur les alcools forts augmentée et une nouvelle taxe créée sur les boissons à sucre ajouté. Certaines de ces mesures sont déjà acquises par la loi de finances rectificative pour 2011 du 19 septembre. Le reste de l'effort se traduit par des dispositions dans le présent projet de loi de financement, dans le projet de loi de finances pour 2012 ainsi que par la voie réglementaire.

L'année 2012 verra ainsi franchir une étape décisive du redressement des comptes de la Sécurité sociale. Cependant, l'effort de reconstitution des recettes se poursuivra au-delà de cette date, en retenant prioritairement les mesures permettant de réduire les niches sociales. Ces dispositifs, qui constituent des dérogations aux règles de droit commun d'assiette et de taux des principaux prélèvements sociaux, peuvent être justifiés au regard des incitations qu'elles permettent d'adresser aux agents économiques, comme dans le cas des allègements généraux sur les bas salaires qui visent à stimuler l'embauche de travailleurs faiblement qualifiés par les entreprises. Certains peuvent avoir un objectif d'équité ou de cohésion sociale qui justifient qu'ils soient maintenu. D'autres, en revanche, ne remplissent pas ou plus les objectifs économiques ou sociaux initiaux. S'appuyant sur ce constat, et sur les mesures d'ores et déjà prises, le Gouvernement entend donc poursuivre au-delà de 2012 l'effort de neutralisation des niches sociales les moins efficaces. La présente projection quadriennale incorpore à ce titre un surcroît de recettes sociales, au titre de la participation de la sécurité sociale à l'effort de réduction du déficit public nécessaire afin de respecter la trajectoire sur laquelle le Gouvernement s'est engagé ; ces recettes, qui seront prioritairement dégagées par la réduction de niches sociales et fiscales, permettront de compenser la révision à la baisse de la masse salariale par rapport aux hypothèses retenues dans la LPFP 2011-2014.

Au total, les hypothèses retenues dans la construction de la projection quadriennale associée au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 aboutissent à une progression annuelle moyenne des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale de 3,7 % en valeur de 2011 à 2015. Dans le seul régime général, la dynamique des dépenses serait encore plus forte : +4,2 % en moyenne. Avec un écart de près d'un point entre des recettes dynamiques grâce à des flux réguliers de mesures nouvelles et des dépenses maîtrisées dans la durée, la Sécurité sociale se rapproche en 2015 de l'équilibre financier.

Avant cette échéance, il restera à financer les déficits qui apparaîtront et dont le transfert à la CADES n'est pas organisé à ce stade. Les déficits de la CNAV et du FSV seront repris par la CADES pendant la période de montée en charge des effets de la réforme des retraites, jusqu'en 2018. Les branches maladie et famille resteront certes déficitaires jusqu'en 2015, et devront supporter des charges financières au titre de ces besoins de financement, mais leur déficit sera fortement réduit par rapport aux projections précédentes, et leur impact sur la trésorerie de l'Acoss en 2012 sera donc fortement allégé. D'autres régimes autorisés à recourir à l'emprunt, tels que le régime de retraite des exploitants agricoles, seront confrontés à un défi identique. Cependant, à mesure que les comptes de la Sécurité sociale se redresseront, il sera possible de dégager des ressources à affecter à la CADES pour, conformément aux dispositions organiques, couvrir de nouvelles reprises de déficits limitées. A cet égard, le présent projet de loi de financement prévoit la mobilisation des recettes nouvelles dont bénéficiera la CADES en application du plan de lutte contre les déficits publics (soit 220 M€) au bénéfice de l'amortissement du déficit cumulé 2009-2010 du régime d'assurance vieillesse du régime des exploitants agricoles, et ce dans le respect de la date prévisionnelle de fin de vie de la Caisse estimée à 2025.

Régime général

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes	138,8	141,8	147,8	156,2	162,2	168,5	175,0
Dépenses	149,3	153,4	157,4	162,2	167,3	172,4	177,5
Solde	-10,6	-11,6	-9,6	-5,9	-5,1	-3,9	-2,5
AT/MP							
Recettes	10,4	10,5	11,6	12,1	12,4	12,9	13,4
Dépenses	11,1	11,2	11,6	11,9	12,2	12,5	12,8
Solde	-0,7	-0,7	0,0	0,1	0,2	0,3	0,6
Famille							
Recettes	56,1	50,2	52,4	54,3	55,6	57,3	59,1
Dépenses	57,9	52,9	55,1	56,6	58,2	59,6	61,1
Solde	-1,8	-2,7	-2,6	-2,3	-2,6	-2,3	-2,0
Vieillesse							
Recettes	91,4	93,4	100,6	104,9	109,4	114,0	119,5
Dépenses	98,7	102,3	106,6	110,7	115,2	119,7	124,1
Solde	-7,2	-8,9	-6,0	-5,8	-5,9	-5,6	-4,6
Toutes branches consolidé							
Recettes	288,7	287,5	303,1	317,9	329,7	342,6	356,7
Dépenses	309,1	311,5	321,3	331,8	343,1	354,2	365,2
Solde	-20,3	-23,9	-18,2	-13,9	-13,3	-11,5	-8,5

Ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes	161,8	165,2	171,7	180,9	187,2	194,1	201,2
Dépenses	172,2	176,5	181,3	186,8	192,2	197,8	203,5
Solde	-10,4	-11,4	-9,6	-5,9	-5,0	-3,8	-2,3
AT/MP							
Recettes	11,8	11,9	13,0	13,5	13,8	14,3	14,8
Dépenses	12,4	12,6	12,9	13,3	13,6	13,9	14,2
Solde	-0,6	-0,7	0,1	0,2	0,2	0,4	0,6
Famille							
Recettes	56,6	50,8	52,9	54,8	56,1	57,8	59,6
Dépenses	58,4	53,5	55,5	57,1	58,7	60,1	61,6
Solde	-1,8	-2,7	-2,6	-2,3	-2,5	-2,3	-1,9
Vieillesse							
Recettes	179,0	183,3	194,4	202,8	209,5	216,5	223,9
Dépenses	187,9	194,1	202,6	210,5	217,8	224,7	231,2
Solde	-8,9	-10,8	-8,1	-7,7	-8,3	-8,3	-7,4
Toutes branches consolidé							
Recettes	400,5	401,9	421,8	441,5	456,1	471,8	488,5
Dépenses	422,2	427,5	442,1	457,1	471,6	485,7	499,4
Solde	-21,7	-25,5	-20,2	-15,7	-15,5	-13,9	-11,0

Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes	10,0	9,8	13,8	14,2	14,7	15,2	15,8
Dépenses	13,2	13,8	17,6	18,0	18,2	18,4	18,6
Solde	-3,2	-4,1	-3,8	-3,7	-3,4	-3,1	-2,8

ANNEXE C

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

1° Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2012 (prévisions en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régimes de base
Cotisations effectives	82,6	110,9	35,4	12,3	241,3
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,4	1,3	0,5	0,0	3,3
Cotisations fictives d'employeur	0,9	36,6	0,1	0,3	38,0
CSG	62,7	0,1	9,6	0,0	72,4
Impôts et taxes	28,1	17,8	8,1	0,3	54,2
Transferts	2,5	35,2	0,3	0,1	27,6
Produits financiers	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2
Autres produits	2,6	0,8	0,6	0,4	4,4
Recettes	180,9	202,8	54,8	13,5	441,5

Les montants globaux de recettes par catégorie des régimes de base peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés pour chacune des branches du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

2° Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

Exercice 2012 (prévisions en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régime général
Cotisations effectives	74,2	67,7	35,2	11,5	188,6
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,1	0,9	0,5	0,0	2,5
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CSG	54,4	0,0	9,7	0,0	64,1
Impôts et taxes	21,6	11,1	7,9	0,2	41,0
Transferts	2,6	25,0	0,3	0,0	18,3
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,3	0,2	0,6	0,3	3,4
Recettes	156,2	104,9	54,3	12,1	317,9

Les montants globaux de recettes par catégorie des régimes de base peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés pour chacune des branches du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

3° Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2012 (prévisions en milliards d'euros)

	FSV
CSG	9,9
Impôts et taxes	4,3
Produits financiers	0,0
Total	14,2