



N° 2361

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 novembre 2014.

PROJET DE LOI

MODIFIÉ PAR LE SÉNAT,

de financement de la sécurité sociale pour 2015,

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

À

M. LE PRÉSIDENT

DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

(Renvoyé à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

Le Sénat a modifié, en première lecture, le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale : **2252, 2303, 2298** et T.A. **414**.

Sénat : **78, 83, 84** et T.A. **24** (2014-2015).

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013

Articles 1^{er} et 2

(Conformes)

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014

Article 3

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} est complété par une section 3 ainsi rédigée :
- ③ « Section 3
- ④ « *Contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C*
- ⑤ « *Art. L. 138-19-1.* – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile, au titre des médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18, est supérieur à un montant W déterminé par la loi et s'est accru de plus de 10 % par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue au présent article, les entreprises titulaires des droits d'exploitation de ces médicaments sont assujetties à une contribution.
- ⑥ « La liste des médicaments mentionnés au premier alinéa du présent article est établie et publiée par la Haute Autorité de santé. Le cas échéant, cette liste est actualisée après chaque autorisation de mise sur le marché ou autorisation temporaire d'utilisation de médicaments qui en relèvent.

- ⑦ « *Art. L. 138-19-2.* – L’assiette de la contribution est égale au chiffre d’affaires de l’année civile mentionné au premier alinéa de l’article L. 138-19-1, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et après déduction de la part du chiffre d’affaires afférente à chaque médicament figurant sur la liste mentionnée au second alinéa de l’article L. 138-19-1 dont le chiffre d’affaires hors taxes correspondant est inférieur à 10 % de W.
- ⑧ « Pour les médicaments bénéficiant d’une autorisation prévue à l’article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l’article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou le tarif de remboursement n’a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l’article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l’assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d’unités déclarées sur l’année considérée par l’entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa de l’article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l’indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article.
- ⑨ « *Art. L. 138-19-3.* – Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

⑩

«

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

- ⑪ « La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée au prorata de son chiffre d’affaires calculé selon les modalités définies à l’article L. 138-19-2. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l’article L. 138-19-4.

- ⑫ « Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.
- ⑬ « Le montant cumulé des contributions mentionnées aux articles L. 138-10 et L. 138-19-1 du présent code dues par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. L'excédent éventuel s'impute sur la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 du présent code.
- ⑭ « *Art. L. 138-19-4.* – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments de la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments de la liste précitée bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.
- ⑮ « Une entreprise signataire d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

- ⑩ « *Art. L. 138-19-5.* – Lorsqu’une entreprise assurant l’exploitation d’une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d’entreprise mentionnée à l’article L. 138-19-1 s’entend de ce groupe.
- ⑪ « Le groupe mentionné au premier alinéa du présent article est constitué, d’une part, par une entreprise ayant, en application de l’article L. 233-16 du code de commerce, publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l’année au cours de laquelle la contribution est due et, d’autre part, par les sociétés qu’elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.
- ⑫ « La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l’article L. 213-1 du présent code désigné par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d’une part, une déclaration consolidée pour l’ensemble du groupe et, d’autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.
- ⑬ « En cas de scission ou de fusion d’une entreprise ou d’un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.
- ⑭ « *Art. L. 138-19-6.* – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l’objet d’un versement au plus tard le 1^{er} avril suivant l’année civile au titre de laquelle la contribution est due.
- ⑮ « Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l’objet d’une régularisation l’année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l’article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l’article L. 162-18.
- ⑯ « Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l’article L. 213-1 désigné par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d’affaires réalisé au cours de l’année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 31 janvier de l’année suivante.

- ⑬ « *Art. L. 138-19-7.* – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;
- ⑭ 2° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, après la référence : « L. 138-10 », est insérée la référence : « L. 138-19-1, ».
- ⑮ II. – (*Non modifié*)
- ⑯ III. – Le présent article s'applique pour les années 2014 et 2015. Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 15 octobre 2015, un rapport d'évaluation du présent article.

Article 4

(Conforme)

Article 5

- ① I, I bis, II et III. – (*Non modifiés*)
- ② IV. – Après le 11° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 12° ainsi rédigé :
- ③ « 12° Le financement de la prime exceptionnelle instaurée par décret au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour l'année 2014. »
- ④ V. – (*Non modifié*)

Article 6

(Conforme)

TROISIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR L'EXERCICE 2015**

TITRE I^{ER}

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES,
AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE**

CHAPITRE I^{ER}

Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs

Article 7

- ① I. – Le titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – La section 1 du chapitre I^{er} est ainsi modifiée :
- ③ 1° Son intitulé est ainsi rédigé : « Cotisations et contributions sur les revenus de remplacement » ;
- ④ 2° L'article L. 130-1 est abrogé ;
- ⑤ 3° L'article L. 131-1 devient l'article L. 131-1-1 ;
- ⑥ 4° Il est rétabli un article L. 131-1 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 131-1.* – Les cotisations et contributions sociales dues sur les avantages de retraite et d'invalidité, les indemnités journalières, les allocations de chômage et de préretraite et les autres revenus mentionnés à l'article L. 131-2 et au 7° du II de l'article L. 136-2 sont, sous réserve du II *bis* de l'article L. 136-5, précomptées au moment du versement de ces avantages, indemnités, allocations ou revenus par l'organisme débiteur de ces revenus. » ;
- ⑧ 5° La division et l'intitulé de la section 2 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} sont supprimés et la section 1 du même chapitre est complétée par les articles L. 131-2 et L. 131-3 ;

- ⑨ 6° L'article L. 131-2 est ainsi modifié :
- ⑩ a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :
- ⑪ « Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les allocations et indemnités des travailleurs involontairement privés d'emploi ou placés en situation de cessation anticipée totale ou partielle d'activité versées en application des articles L. 1233-68 et L. 1233-72, du II de l'article L. 5122-1 et des articles L. 5123-2, L. 5123-3, L. 5421-2, L. 5422-1, L. 5424-6 et L. 5425-2 du code du travail, ainsi que de l'article L. 5343-18 du code des transports.
- ⑫ « Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité en application de l'article 15 de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 relative aux contrats de solidarité des collectivités locales ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles. » ;
- ⑬ b) À la fin du troisième alinéa, la référence : « 1031 du code rural » est remplacée par la référence : « L. 741-14 du code rural et de la pêche maritime » ;
- ⑭ c) Le dernier alinéa est complété par les mots : « , notamment les taux des cotisations » ;
- ⑮ B. – (*Supprimé*)
- ⑯ C. – Le chapitre III *bis* est complété par une section 6 ainsi rédigée :
- ⑰ « *Section 6*
- ⑱ « *Règles d'arrondis*
- ⑲ « *Art. L. 133-10.* – Le montant des cotisations et contributions sociales et de leurs assiettes déclarées aux organismes de sécurité sociale en application du présent code, du code de l'action sociale et des familles ou du code rural et de la pêche maritime est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. » ;
- ⑳ D. – À la première phrase des 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, les mots : « déterminés en application des dispositions des I et III du même article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au 1° du III de l'article L. 136-8 » ;
- ㉑ E. – Les trois premières phrases du III de l'article L. 136-5 sont supprimées ;

- ⑫ F. – L'article L. 136-8 est ainsi modifié :
- ⑬ 1° et 2° (*Supprimés*)
- ⑭ 3° Après le mot : « personnes », la fin du III est ainsi rédigée : « dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts :
- ⑮ « 1° D'une part, excèdent 10 633 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 12 582 € pour la première part, majorés de 3 123 € pour la première demi-part et 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 13 156 €, 3 265 € et 2 839 € ;
- ⑯ « 2° D'autre part, sont inférieurs à 13 900 € pour la première part de quotient familial, majorée de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 207 € pour la première part, majorés de 4 082 € pour la première demi-part et 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 15 930 €, 4 268 € et 3 711 €.
- ⑰ « Les seuils mentionnés au présent III sont applicables pour la contribution due au titre de l'année 2015. Ils sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. » ;
- ⑱ G. – Après le mot : « arrondies », la fin de la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 137-11-1 est ainsi rédigée : « à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. » ;
- ⑲ H. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 241-3, la référence : « L. 131-1 » est remplacée par la référence : « L. 135-1 » ;
- ⑳ I. – Au premier alinéa du II de l'article L. 242-13, les mots : « , selon les principes fixés par l'article L. 136-2 et par le premier » sont remplacés par les mots : « selon les modalités prévues au deuxième » ;
- ㉑ J. – L'article L. 243-2 est ainsi modifié :

- ③② 1° Le premier alinéa est supprimé ;
- ③③ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « mentionnées à l'alinéa ci-dessus » sont remplacés par les mots : « dues sur les revenus de remplacement mentionnés à la section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} » ;
- ③④ K. – Au début de l'article L. 244-1, les mots : « L'employeur ou le travailleur indépendant » sont remplacés par les mots : « Le cotisant » ;
- ③⑤ L. – À l'article L. 244-11, les mots : « dues par un employeur ou un travailleur indépendant » sont supprimés ;
- ③⑥ M. – Aux premier et dernier alinéas de l'article L. 244-14, les mots : « employeurs ou travailleurs indépendants » sont remplacés par les mots : « cotisants » ;
- ③⑦ N. – Le second alinéa de l'article L. 612-9 est supprimé ;
- ③⑧ O (*nouveau*). – Au second alinéa de l'article L. 611-20, les mots : « , y compris aux pensionnés ou aux allocataires dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 612-9, » sont supprimés ;
- ③⑨ P (*nouveau*). – Au début de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 613-8, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 612-9, » sont supprimés.
- ④⑩ II à VI. – (*Non modifiés*)

Article 8

(Supprimé)

Article 8 bis A (*nouveau*)

- ① I. – Le III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ③ « Sont exonérées de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales, de la cotisation mentionnée à l'article L. 834-1 du présent code, de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des cotisations dues au

titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes : » ;

- ④ 2° Est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « L'exonération des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, mentionnée au premier alinéa du présent III ne peut excéder un taux fixé dans les conditions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 241-5 du présent code. »
- ⑥ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 8 bis

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 171-3, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, est ainsi modifié :
- ③ a) Après le mot : « affiliées », la fin de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « , dans des conditions fixées par décret, à un seul des régimes de sécurité sociale dont relèvent ces activités. » ;
- ④ b) Après le mot : « dans », la fin de la seconde phrase du même alinéa est ainsi rédigée : « ce seul régime. » ;
- ⑤ c) Les deuxième à avant-dernier alinéas sont supprimés ;
- ⑥ 2° Après l'article L. 171-3, il est inséré un article L. 171-6 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 171-6.* – Des règles de coordination sont instituées, par décret, entre régimes d'assurance maladie et maternité pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle les assujettissant à un régime de sécurité sociale qui :

- ⑧ « 1° Ont relevé, simultanément ou successivement, soit de régimes de travailleurs salariés, soit d'un régime de travailleurs salariés et d'un régime de travailleurs non-salariés, soit de plusieurs régimes de travailleurs non-salariés ;
- ⑨ « 2° Ou sont titulaires de plusieurs pensions servies soit par des régimes de travailleurs salariés, soit par des régimes de travailleurs salariés et non-salariés, soit par des régimes de travailleurs non-salariés. » ;
- ⑩ 3° (*Supprimé*)
- ⑪ 4° Le second alinéa de l'article L. 613-4, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi rédigé :
- ⑫ « Le droit aux prestations en nature est ouvert dans l'un ou l'autre de ces régimes, selon des modalités définies par décret. » ;
- ⑬ 5° Les articles L. 161-6, L. 613-5 et L. 613-6 sont abrogés ;
- ⑭ 6° Le deuxième alinéa de l'article L. 613-7, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi rédigé :
- ⑮ « Le droit aux prestations en nature est ouvert dans l'un ou l'autre de ces régimes, selon des modalités définies par décret. » ;
- ⑯ 7° L'article L. 613-7-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi modifié :
- ⑰ a) Au début des I et II, sont ajoutés les mots : « Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, » ;
- ⑱ b) Au I, les mots : « , sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, » sont supprimés ;
- ⑲ 8° (*Supprimé*)
- ⑳ 9° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 161-1-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi rédigée :
- ㉑ « Le cas échéant, les cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet de cette exonération et dues au titre de la période courant à compter de cette date font l'objet d'une régularisation, dans des conditions définies par décret. » ;
- ㉒ 10° Au début du III de l'article L. 325-1, les mots : « Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-6, » sont supprimés.

- ②③ I *bis* (nouveau). – Le I de l'article 25 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée est ainsi modifié :
- ②④ 1° Le quatrième alinéa du 9° est supprimé ;
- ②⑤ 2° Le 12° est abrogé.
- ②⑥ II et III. – (Non modifiés)

Article 8 ter

- ① I. – Le I *bis* de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « I *bis*. – Chaque heure de travail effectuée par les salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail ouvre droit à une déduction forfaitaire patronale :
- ③ « 1° De la cotisation due au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, à hauteur de 1,50 € ;
- ④ « 2° (Supprimé)
- ⑤ « 3° Des cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle, à hauteur de 3,70 €, dans les départements d'outre-mer ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon.
- ⑥ « Ces déductions ne sont cumulables avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations. »
- ⑦ II (nouveau). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de l'augmentation de la réduction forfaitaire de cotisations par heure travaillée est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Articles 8 quater et 8 quinquies

(Conformes)

Article 9

- ① I. – Le code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 précitée, est ainsi modifié :
- ② 1° La sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II est complétée par un article L. 242-4-4 ainsi rédigé :
- ③ « Art. L. 242-4-4. – Pour l'application des articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 du présent code ainsi que des articles L. 741-9 et L. 751-10 du code rural et de la pêche maritime, des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par décret pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés auxquels ne s'applique pas le salaire minimum de croissance ou qui sont soumis à l'obligation d'affiliation prévue à l'article L. 311-3 du présent code, afin de préserver leurs droits aux assurances sociales. Ces cotisations ne peuvent excéder celles dues au niveau du salaire minimum de croissance à plein temps.
- ④ « Des cotisations forfaitaires peuvent également être fixées par décret pour certaines activités revêtant un caractère occasionnel ou saisonnier, sous réserve, pour les rémunérations égales ou supérieures à 1,5 fois la valeur du plafond mentionné à l'article L. 241-3 correspondant à la durée du travail, que la base de calcul des cotisations soit au moins égale à 70 % de la rémunération. » ;
- ⑤ 2° Le quatrième alinéa de l'article L. 241-2, le troisième alinéa de l'article L. 241-3 et le deuxième alinéa de l'article L. 241-5 sont supprimés ;
- ⑥ 3° La dernière phrase du 1° de l'article L. 241-6 est supprimée.
- ⑦ II et III. – (*Non modifiés*)

Article 10

- ① I. – Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin de l'intitulé du chapitre et de la section 1, les mots : « au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique » sont supprimés ;
- ③ 2° La section 2 est ainsi rédigée :

④

« Section 2

⑤

**« Contribution à la charge des entreprises
assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques**

⑥

« Art. L. 138-10. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la part du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments destinés au traitement de l'affection chronique par le virus de l'hépatite C supérieure au montant W prévu à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus d'un taux (L), déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

⑦

« Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa du présent article sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte :

⑧

« 1° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite des indications au titre desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne, pour lesquels le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ;

⑨

« 2° Les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de

l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.

⑩ « Art. L. 138-11. – L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-10, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la part du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments destinés au traitement de l'affection chronique par le virus de l'hépatite C supérieure au montant W prévu à l'article L. 138-19-1.

⑪ « Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa du même article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article.

⑫ « Art. L. 138-12. – Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

⑬

«

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Taux de la contribution, exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée
T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point	50 %
T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	60 %
T supérieur à L + 1 point	70 %

⑭ « La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 50 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 50 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires défini à l'article

L. 138-10. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

- ⑮ « Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.
- ⑯ « *Art. L. 138-13.* – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.
- ⑰ « Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. À défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

- ⑱ « *Art. L. 138-14.* – Lorsqu’une entreprise assurant l’exploitation d’une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d’entreprise mentionnée à l’article L. 138-10 s’entend de ce groupe.
- ⑲ « Le groupe mentionné au premier alinéa du présent article est constitué, d’une part, par une entreprise ayant, en application de l’article L. 233-16 du code de commerce, publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l’année au cours de laquelle la contribution est due et, d’autre part, par les sociétés qu’elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.
- ⑳ « La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l’article L. 213-1 du présent code, désigné par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d’une part, une déclaration consolidée pour l’ensemble du groupe et, d’autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.
- ㉑ « En cas de scission ou de fusion d’une entreprise ou d’un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.
- ㉒ « *Art. L. 138-15.* – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l’objet d’un versement au plus tard le 1^{er} juin suivant l’année civile au titre de laquelle la contribution est due.
- ㉓ « Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l’objet d’une régularisation l’année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l’article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l’article L. 162-18.
- ㉔ « Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l’article L. 213-1 désigné par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d’affaires réalisé au cours de l’année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1^{er} mars de l’année suivante.

- ②⑤ « Art. L. 138-16. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;
- ②⑥ 3° Les articles L. 138-17 à L. 138-19 sont abrogés.
- ②⑦ II. – Le I s'applique pour le calcul de la contribution due à compter de l'année 2015.
- ②⑧ Le taux L mentionné aux articles L. 138-10 et L. 138-12 du code de la sécurité sociale est fixé à 0 %.
- ②⑨ III, III bis, IV et V. – (*Non modifiés*)
- ③① VI (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de l'exclusion de l'assiette de calcul de la contribution L de la part du chiffre d'affaires déjà taxée au titre de la contribution W prévue à l'article L. 138-19-1 du code de la sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ③② VII (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la modification du déclenchement de la clause de sauvegarde est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ③③ VIII (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la fixation du taux L à 0 % est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 11

- ① I et II. – (*Non modifiés*)
- ② III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° Le dernier alinéa de l'article L. 138-9-1 est ainsi rédigé :
- ④ « La déclaration prévue au présent article est effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, le comité peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou au distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans

la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes réalisées en France. Les troisième et quatrième alinéas du présent article sont applicables à cette pénalité. » ;

- ⑤ 2° L'article L. 138-20 est ainsi modifié :
- ⑥ a) À la première phrase du premier alinéa, après la référence : « L. 245-5-1 », est insérée la référence : « , L. 245-5-5-1 » ;
- ⑦ b) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑧ « Les déclarations et versements afférents à ces contributions sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.
- ⑨ « La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au deuxième alinéa du présent article entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des contributions dont la déclaration ou le versement a été effectué par une autre voie que la voie dématérialisée. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement de ces contributions dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces contributions. » ;
- ⑩ 3° L'article L. 165-5 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑫ b) Le dernier alinéa est remplacé par un II ainsi rédigé :
- ⑬ « II. – La déclaration prévue au I est effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, l'agence peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires mentionné au deuxième alinéa du I. Le dernier alinéa du même I est applicable à cette pénalité. » ;
- ⑭ 4° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :
- ⑮ a) Au 6°, après la référence : « L. 245-5-1 », est insérée la référence : « , L. 245-5-5-1 » ;
- ⑯ b) Au début du 7°, les mots : « Les taxes perçues au titre des articles L. 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « La taxe perçue au titre de l'article » ;

- ⑰ 5° À l'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre IV du livre II, le mot : « Contribution » est remplacé par le mot : « Contributions » et la référence : « L. 165-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-17 » ;
- ⑱ 6° Après l'article L. 245-5-5, il est inséré un article L. 245-5-5-1 ainsi rédigé :
- ⑲ « Art. L. 245-5-5-1. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A du code général des impôts qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une contribution perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
- ⑳ « II. – La contribution s'applique aux dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* définis à l'article L. 5221-1 du même code.
- ㉑ « III. – L'assiette de la contribution est constituée du montant total des ventes de dispositifs mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées en France au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due.
- ㉒ « IV. – Le taux de la contribution est fixé à 0,29 %.
- ㉓ « V. – La contribution n'est pas exigible lorsque le montant total des ventes mentionnées au III n'a pas atteint, au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due, un montant hors taxes de 500 000 €.
- ㉔ « VI. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de dispositifs mentionnés au II.
- ㉕ « Le fait générateur de la contribution intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II. La contribution est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.
- ㉖ « VII. – La contribution mentionnée au I du présent article est versée selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article L. 245-5-5 du présent code.
- ㉗ « VIII. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale transmet à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de

la contribution mentionnée au I du présent article, dans des conditions et suivants des modalités déterminées par décret.

- ⑳ « 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. »
- ㉑ IV. – (*Non modifié*)
- ㉒ V. – A. – Les 1^o, 2^o et 3^o du III du présent article s'appliquent aux déclarations et versements effectués à compter du 1^{er} janvier 2015.
- ㉓ B. – La taxe mentionnée à l'article 1600-0 O du code général des impôts, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeure exigible au titre des ventes des dispositifs mentionnés au II du même article réalisées jusqu'au 31 décembre 2014.
- ㉔ La contribution prévue à l'article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte du présent article, est applicable aux ventes des dispositifs mentionnés au II du même article réalisées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 12

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1^o La section 1 du chapitre I^{er} du titre VII du livre I^{er} est complétée par des articles L. 171-4 et L. 171-5 ainsi rédigés :
- ③ « *Art. L. 171-4.* – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français peuvent conclure des conventions entre elles afin de confier à une ou plusieurs caisses de sécurité sociale l'exercice des recours subrogatoires prévus aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du présent code et à l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime.
- ④ « *Art. L. 171-5.* – Pour l'exercice de l'action amiable mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 376-1 et au quatrième alinéa de l'article L. 454-1, une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des

indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et, le cas échéant, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en œuvre de cette procédure. » ;

- ⑤ 2° La seconde phrase du sixième alinéa de l'article L. 376-1 et du quatrième alinéa de l'article L. 454-1 est supprimée ;
- ⑥ 2° bis (*Supprimé*)
- ⑦ 3° À l'article L. 613-21, la référence : « L. 376-3 » est remplacée par la référence : « L. 376-4 » ;
- ⑧ 4° La section 4 du chapitre III du titre IV du livre VI est complétée par un article L. 643-9 ainsi rétabli :
- ⑨ « Art. L. 643-9. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;
- ⑩ 5° Le chapitre IV du même titre IV est complété par un article L. 644-4 ainsi rédigé :
- ⑪ « Art. L. 644-4. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;
- ⑫ 6° La section 1 du chapitre V du même titre IV est complétée par un article L. 645-6 ainsi rétabli :
- ⑬ « Art. L. 645-6. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;
- ⑭ 7° La sous-section 7 de la section 3 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-13-1 ainsi rédigé :
- ⑮ « Art. L. 723-13-1. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application de la présente section. » ;
- ⑯ 8° La section 4 du même chapitre III est complétée par un article L. 723-21-1 ainsi rédigé :
- ⑰ « Art. L. 723-21-1. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application de la présente section. »
- ⑱ II et III. – (*Non modifiés*)

Article 12 bis A (nouveau)

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la seconde phrase du 5° *bis* du II de l'article L. 136-2, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « cinq » ;
- ③ 2° À la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 242-1, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « cinq ».
- ④ II. – Le 1° du I est applicable aux rentes versées à compter du 1^{er} janvier 2015. Le 2° du I est applicable aux versements, comptabilisations ou mentions réalisés à compter des exercices ouverts après le 31 décembre 2014.

Article 12 bis B (nouveau)

- ① I. – Le II *bis* de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « II *bis*. – S'ajoute à la contribution prévue au I, indépendamment de l'option exercée par l'employeur mentionnée au même I, une contribution additionnelle de 45 %, à la charge de l'employeur, sur les rentes excédant huit fois le plafond annuel défini à l'article L. 241-3. »
- ③ II. – Le I est applicable aux rentes versées à compter du 1^{er} janvier 2015 et aux versements, comptabilisations ou mentions réalisés à compter des exercices ouverts après le 31 décembre 2015.

Article 12 bis C (nouveau)

- ① I. – Après le mot : « croissance », la fin du dernier alinéa du I de l'article 1613 *ter* du code général des impôts est ainsi rédigée : « , les produits de nutrition entérale pour les personnes malades et les boissons à base de soja avec au minimum 2,9 % de protéines issues de la graine de soja. »
- ② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 12 bis

(Supprimé)

Article 12 ter A (nouveau)

- ① I. – Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale sont supprimés.
- ② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 12 ter B (nouveau)

L'article 1^{er} de la loi n° 2011-894 du 28 juillet 2011 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011 est abrogé.

Article 12 ter

- ① I. – *(Non modifié)*
- ② II. – Le I s'applique pour les faits générateurs intervenant à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 12 quater

Le 10° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , au titre I^{er} de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale, aux articles L. 3441-2 et L. 4431-2 du code des transports et aux articles L. 931-5 et suivants du code rural et de la pêche maritime ».

Article 12 quinquies

(Supprimé)

Article 12 *sexies* (nouveau)

- ① I. – Les professionnels mentionnés au 7° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale exerçant leur activité dans les zones définies dans les conditions mentionnées à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, où l'offre de soins est déficitaire, sont exonérés d'une partie des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale.
- ② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de la sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

CHAPITRE II

Simplification du recouvrement

Article 13

- ① I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :
- ② 1° L'article 995 est ainsi modifié :
- ③ a) Le 11° est complété par les mots : « , à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur prévue à l'article L. 211-1 du code des assurances » ;
- ④ b) Le second alinéa du 12° est complété par les mots : « , à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur prévue au même article L. 211-1 » ;
- ⑤ c) Le 13° est abrogé ;
- ⑥ d) Il est ajouté un 18° ainsi rédigé :
- ⑦ « 18° Les contrats d'assurance maladie assujettis à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑧ 2° L'article 1001, dans sa rédaction résultant de l'article 19 de la loi n° du de finances pour 2015, est ainsi modifié :
- ⑨ a) Les 2° *bis* et 2° *ter* sont abrogés ;

- ⑩ *b)* Le 5° *bis* est complété par les mots : « autres que les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue à l'article L. 211-1 du code des assurances » ;
- ⑪ *c)* Après le 5° *ter*, il est inséré un 5° *quater* ainsi rédigé :
- ⑫ « 5° *quater* À 15 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue à l'article L. 211-1 du code des assurances et concernant les véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes ainsi que les camions, camionnettes et fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires des exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci ;
- ⑬ « À 33 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée au même article L. 211-1 pour les véhicules autres que ceux mentionnés au premier alinéa du présent 5° *quater* ; »
- ⑭ *d)* Il est ajouté un *d* ainsi rédigé :
- ⑮ « *d)* d'une fraction correspondant à un taux de 13,3 % du produit de la taxe au taux de 33 % et du produit de la taxe au taux de 15 % mentionnés au 5° *quater*, qui sont affectés dans les conditions prévues à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. »
- ⑯ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑰ A. – L'article L. 131-8 est ainsi modifié :
- ⑱ *a (nouveau)* Le 3° est abrogé ;
- ⑲ *b)* Le 4° est ainsi rédigé :
- ⑳ « 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au dernier alinéa de l'article 1001 du code général des impôts, dans sa rédaction résultant de l'article 19 de la loi n° du de finances pour 2015, est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ; »
- ㉑ B. – La section 3 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} est abrogée ;
- ㉒ C. – Au premier alinéa de l'article L. 138-20, la référence : « L. 137-6, » est supprimée ;
- ㉓ *C bis.* – Le 5° de l'article L. 241-6 est ainsi rédigé :

- 24 « 5° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ; »
- 25 D. – À l'article L. 862-3, après le mot : « constituées », sont insérés les mots : « d'une fraction » ;
- 26 E. – L'article L. 862-4 est ainsi modifié :
- 27 1° Le I est ainsi modifié :
- 28 a) Au premier alinéa, les mots : « , au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, » sont supprimés et les mots : « afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de » sont remplacés par les mots : « maladie complémentaire versées pour les » ;
- 29 b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- 30 – les mots : « la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée » sont remplacés par les mots : « le montant des sommes stipulées » ;
- 31 – est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- 32 « Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient, directement ou indirectement, du fait de l'assuré. » ;
- 33 c) Au début de la première phrase du troisième alinéa, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « La taxe » ;
- 34 2° Le II est ainsi modifié :
- 35 a) À la fin, le taux : « 6,27 % » est remplacé par le taux : « 13,27 % » ;
- 36 b) Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :
- 37 « Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1.
- 38 « Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire,

sous réserve que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues au même article L. 871-1.

- ③⑨ « Lorsque les conditions prévues aux deuxième ou troisième alinéas du présent II ne sont pas respectées, le taux est majoré de 7 points. » ;
- ④⑩ 3° Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :
- ④⑪ « II *bis*. – Par dérogation au II, le taux de la taxe est fixé :
- ④⑫ « 1° À 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé souscrites dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts ;
- ④⑬ « 2° À 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4 et L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1 du présent code, et à 20,27 % si ces conditions ne sont pas respectées ;
- ④⑭ « 3° À 7 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;
- ④⑮ « 4° À 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° de l'article L. 321-1, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et à cette seule condition dans le cadre des contrats mentionnés au troisième alinéa du II du présent article, et à 14 % si ces conditions ne sont pas respectées.
- ④⑯ « Ces mêmes garanties figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II *bis* sont exonérées. » ;
- ④⑰ 4° Sont ajoutés des IV et V ainsi rédigés :

- ④⑧ « IV. – Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II *bis*, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu’au 1° du même II *bis* est affecté au fonds mentionné à l’article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés et à la Caisse nationale des allocations familiales.
- ④⑨ « V. – Les déclarations et versements afférents à cette taxe sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.
- ⑤⑩ « La méconnaissance de l’obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au premier alinéa du présent V entraîne l’application d’une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % de la taxe dont la déclaration ou le versement n’a pas été effectuée par voie dématérialisée. Ces majorations sont versées auprès de l’organisme chargé du recouvrement de cette taxe dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à cette taxe. » ;
- ⑤⑪ F. – À la première phrase du premier alinéa de l’article L. 871-1, les références : « 13° de l’article 995 et du 2° *bis* de l’article 1001 du même » sont remplacées par les références : « II et du 2° du II *bis* de l’article L. 862-4 du présent » ;
- ⑤⑫ G. – Au sixième alinéa du II de l’article L. 911-7, les mots : « du présent code » sont supprimés et, à la fin, la référence : « 2° *bis* de l’article 1001 du code général des impôts » est remplacée par la référence : « II de l’article L. 862-4 ».
- ⑤⑬ II *bis* (*nouveau*). – Le second alinéa du II de l’article 22 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est supprimé.
- ⑤⑭ III. – (*Non modifié*)

Article 14

(*Conforme*)

Article 15

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

- ③ 1° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre IV du titre II du livre VII est complétée par un article L. 724-7-1 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 724-7-1.* – L'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;
- ⑤ 2° Le dernier alinéa de l'article L. 724-7 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑥ « La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7 du même code est applicable au régime agricole. » ;
- ⑦ 3° La section 3 du chapitre V du titre II du livre VII est complétée par un article L. 725-26 ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art. L. 725-26.* – L'article L. 243-6-5 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;
- ⑨ 4° L'article L. 725-12 est ainsi rédigé :
- ⑩ « *Art. L. 725-12.* – L'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. »
- ⑪ III. – A. – Les 1° et 2° des I et II du présent article s'appliquent aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2015.
- ⑫ B. – Le 3° des I et II du présent article s'appliquent aux transactions conclues à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} octobre 2015.
- ⑬ C. – Le 4° des I et II du présent article s'appliquent aux titres exécutoires émis à compter du 1^{er} janvier 2015.

Articles 15 bis et 15 ter

(Conformes)

Article 16

- ① I. – L'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ③ 2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ④ « Lorsque l'obligation de remboursement des cotisations naît d'une décision rectificative d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail en matière de taux de cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles, la demande de remboursement des cotisations peut porter sur l'ensemble de la période au titre de laquelle les taux sont rectifiés. » ;
- ⑤ 3° Au début du troisième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;
- ⑥ 3° *bis (nouveau)* À l'avant-dernier, le mot : « ci-dessus » est remplacé par les mots : « du I du présent article » ;
- ⑦ 4° Le dernier alinéa est ainsi modifié :
- ⑧ a) Au début, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- ⑨ b (*nouveau*) Sont ajoutés les mots : « du I du présent article ».
- ⑩ II. – (*Non modifié*)

Articles 16 bis, 17 et 18

(Conformes)

CHAPITRE III

Relations financières entre les régimes et entre ceux-ci et l'État

Article 19

(Conforme)

Article 20

- ① I. – L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :
- ② 1° À la fin de la seconde phrase du dernier alinéa de l'article 8, les mots : « à la caisse gestionnaire » sont remplacés par les mots : « à l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 » ;
- ③ 2° L'article 15 est ainsi rédigé :

- ④ « Art. 15. – L’organisme gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte, mentionné à l’article 19 de la présente ordonnance, exerce une action sociale en faveur des ressortissants du régime et de leurs familles, dans les conditions fixées à l’article 26 de l’ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l’amélioration de la santé publique, à l’assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. » ;
- ⑤ 2° bis L’article 13 est ainsi modifié :
- ⑥ a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « payeur » est remplacé par les mots : « mentionné à l’article 19 » ;
- ⑦ b) À la première phrase du quatrième alinéa, les mots : « la caisse gestionnaire » sont remplacés par les mots : « l’organisme mentionné à l’article 19 de la présente ordonnance » ;
- ⑧ c) Au cinquième alinéa, les mots : « la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte » sont remplacés par les mots : « l’organisme mentionné au même article 19 » ;
- ⑨ d) Le début de l’avant-dernier alinéa est ainsi rédigé : « L’organisme mentionné à l’article 19 de la présente ordonnance est autorisé... *(le reste sans changement)*. » ;
- ⑩ 2° ter À l’article 17, les mots : « la caisse gestionnaire des prestations familiales à Mayotte » sont remplacés par les mots : « l’organisme mentionné à l’article 19 de la présente ordonnance » ;
- ⑪ 3° L’article 19 est ainsi rédigé :
- ⑫ « Art. 19. – La gestion du régime des prestations familiales institué par la présente ordonnance est assurée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte instituée par l’article 22 de l’ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l’amélioration de la santé publique, à l’assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Un décret fixe les conditions d’application du présent article. » ;
- ⑬ 4° Le début du II de l’article 22 est ainsi rédigé : « L’organisme mentionné à l’article 19 rembourse... *(le reste sans changement)*. » ;
- ⑭ II et III. – *(Non modifiés)*

- ⑮ III *bis* (nouveau). – Le XXIII de l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.
- ⑯ IV à VII. – (Non modifiés)

Article 21

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – L'article L. 131-7 est ainsi modifié :
- ③ 1° Après le mot : « application », la fin du premier alinéa est supprimée ;
- ④ 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux dispositions prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4, L. 241-13 et au second alinéa de l'article L. 242-11, dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2015 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées à ces mêmes articles, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1. » ;
- ⑥ B. – L'article L. 131-8 est ainsi modifié :
- ⑦ 1° Le 1° est ainsi modifié :
- ⑧ a) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,5 % » est remplacé par le taux : « 18 % » ;
- ⑨ b) À la fin du dernier alinéa, le taux : « 19 % » est remplacé par le taux : « 28,5 % » ;
- ⑩ 2° Le 7° est ainsi modifié :
- ⑪ a) À la fin du *a*, le taux : « 60 % » est remplacé par le taux : « 57,53 % » ;
- ⑫ b) Au *e*, le taux : « 7,48 % » est remplacé par le taux : « 7,99 % » ;
- ⑬ c) Après le *h*, il est inséré un *i* ainsi rédigé :
- ⑭ « *i*) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 %. » ;

- ⑮ C. – Le 2 du VI de l'article L. 136-8 est complété par les mots : « et pour les produits mentionnés aux I et III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée » ;
- ⑯ D. – L'article L. 651-2-1, dans sa rédaction résultant de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, est ainsi modifié :
- ⑰ 1° À la fin du 1°, le taux : « 22 % » est remplacé par le taux : « 13,3 % » ;
- ⑱ 2° À la fin du 2°, le taux : « 33 % » est remplacé par le taux : « 41,7 % ».
- ⑲ II. – L'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 6° ainsi rédigé :
- ⑳ « 6° Une part, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation sur les tabacs. La répartition de cette part entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget. »
- ㉑ III. – *(Non modifié)*

Articles 22 et 23

(Conformes)

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 24

- ① Pour l'année 2015, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

②

(En milliards
d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	191,0	197,0	-6,0
Vieillesse	222,7	224,0	-1,4
Famille	52,3	55,0	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,5	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	466,1	476,0	-10,1

Article 25

①

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

②

(En milliards
d'euros)

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

Articles 26 et 27

(Conformes)

Article 28

(Supprimé)

QUATRIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES
AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015**

TITRE I^{ER}

**DISPOSITIONS RELATIVES
AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE**

CHAPITRE I^{ER}

Amélioration de l'accès aux soins et aux droits

Article 29

(Conforme)

Article 29 bis A (nouveau)

- ① Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2015, un rapport :
- ② 1° Sur les contrats d'accès aux soins, en détaillant la proportion de médecins signataires par grandes régions, principales spécialités et distribution des dépassements ;
- ③ 2° Sur les dépassements d'honoraires des médecins, en les détaillant par grandes régions et principales spécialités, en fréquences, montants et distribution ;

- ④ 3° Ainsi que sur les conséquences sur les salariés et les entreprises du plafonnement envisagé des remboursements des contrats de santé responsables, avec des estimations du nombre d'entreprises et de salariés concernés, et des montants supplémentaires de reste à charge pour les ménages qu'il induit.

Article 29 bis

(Supprimé)

Articles 30, 30 bis, 31 et 32

(Conformes)

CHAPITRE II

Promotion de la prévention

Article 33

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° A Au sixième alinéa de l'article L. 1432-2, les références : « , L. 3112-2 et L. 3121-1 » sont remplacées par la référence : « et L. 3112-2 » ;
- ③ 1° Le second alinéa de l'article L. 3121-1 est supprimé ;
- ④ 2° L'article L. 3121-2 est ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 3121-2.* – I. – Dans chacun des territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-16, le directeur général de l'agence régionale de santé habilite au moins un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic qui assure, dans ses locaux ou hors les murs, notamment auprès des populations les plus concernées :
- ⑥ « 1° La prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;
- ⑦ « 2° La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;

- ⑧ « 3° La prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.
- ⑨ « Le centre peut mener ces activités, dans ou hors les murs, en coordination avec les autres organismes, notamment les associations, œuvrant sur le territoire de santé avec lesquels il conclut des conventions de partenariat.
- ⑩ « II. – Le centre assure une prise en charge anonyme ou non, selon le choix exprimé par l’usager au moment de son accueil. En cas de nécessité thérapeutique ou à la demande de l’usager, le médecin peut procéder à la levée de l’anonymat initialement choisi par l’usager, avec le consentement exprès, libre et éclairé de ce dernier.
- ⑪ « Les activités de vaccination et de prescription de contraception exercées par le centre ne font pas l’objet d’une prise en charge anonyme.
- ⑫ « III. – La gestion d’un centre peut être confiée à une collectivité territoriale, dans le cadre d’une convention conclue avec le directeur général de l’agence régionale de santé.
- ⑬ « IV. – Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au I du présent article sont prises en charge par le fonds d’intervention régional sans qu’il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l’ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l’assurance maladie, à la participation de l’assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu’au forfait mentionné à l’article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.
- ⑭ « Un décret fixe les modalités d’application du présent article. » ;
- ⑮ 3° L’article L. 3121-2-1 est abrogé ;
- ⑯ 4° (*nouveau*) L’article L. 3821-10 est ainsi rédigé :
- ⑰ « Art. L. 3821-10. – I. – Le titre II du livre I^{er} de la présente partie, à l’exception de l’article L. 3121-5, est applicable aux îles Wallis et Futuna.
- ⑱ « II. – Pour l’application de l’article L. 3121-2 :
- ⑲ « 1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :
- ⑳ « “I. – L’Agence de santé de Wallis-et-Futuna peut comporter un centre gratuit d’information, de dépistage et de diagnostic qui assure :” ;

- ⑪ « 2° Les III et IV sont remplacés par un III ainsi rédigé :
- ⑫ « “III. – Un décret fixe les modalités d’application du présent article.” »
- ⑬ II à V. – (*Non modifiés*)

Article 33 bis

(*Conforme*)

Article 34

- ① I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L’article L. 3111-11 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :
- ③ « Les dépenses afférentes aux vaccins sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d’assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l’aide médicale de l’État, dans les conditions prévues au titre V du livre II du code de l’action sociale et des familles et selon les modalités prévues à l’article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.
- ④ « La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l’article L. 161-35 du même code.
- ⑤ « L’assurance maladie procède à l’acquisition des vaccins administrés dans les conditions prévues au présent article. » ;
- ⑥ 2° L’article L. 3112-3 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Au second alinéa, après les mots : « au suivi médical », sont insérés les mots : « , au vaccin » ;
- ⑧ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l’article L. 161-35 du même code. »
- ⑩ II. – (*Non modifié*)

Article 35

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II. – Après le 9° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 11° ainsi rédigé :
- ③ « 11° De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique. »

CHAPITRE III

Renforcement de la qualité et de la proximité du système de soins

Article 36

- ① I. – La section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La sous-section 3 est complétée par un article L. 162-22-20 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 162-22-20.* – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année par établissement.
- ④ « Un décret en Conseil d'État précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. Ces critères sont élaborés sur la base de référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins établis par la Haute Autorité de santé. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul par établissement sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;
- ⑤ 2° La sous-section 4 est complétée par un article L. 162-30-3 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 162-30-3.* – I. – Les établissements de santé qui exercent les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'agence régionale de santé un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.

- ⑦ « La conformité aux référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins établis par la Haute Autorité de santé est appréciée, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, au moyen d'indicateurs dont les valeurs limites sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑧ « Le contrat d'amélioration des pratiques comporte des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un plan d'actions pour les atteindre et des indicateurs de suivi. Il porte sur les activités de l'établissement, ainsi que sur la coordination avec les autres professionnels et structures assurant la prise en charge des patients de l'établissement, susceptibles de présenter des risques pour la qualité de la prise en charge.
- ⑨ « Le contrat d'amélioration des pratiques est annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique. Il est conforme à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑩ « II. – Chaque année, en cas d'écarts par rapport aux engagements contractuels, l'établissement est mis en mesure de présenter ses observations. En cas de manquement de l'établissement à ses obligations, l'agence régionale de santé peut prononcer à son encontre une pénalité versée à l'organisme local d'assurance maladie et correspondant à une fraction du montant des produits versés par l'assurance maladie, proportionnée à l'ampleur et à la gravité des manquements constatés et dans la limite de 1 % de ces produits.
- ⑪ « En cas de refus par un établissement de santé de signer un contrat, l'agence régionale de santé peut prononcer, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits reçus par l'établissement de santé de la part des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos.
- ⑫ « III. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, notamment la procédure applicable, la nature des risques faisant l'objet du contrat d'amélioration des pratiques et mentionnés au troisième alinéa du I, la durée maximale du contrat et les modalités de calcul des pénalités mentionnées au II. »
- ⑬ II. – (*Non modifié*)

Articles 37, 37 bis, 38 et 39

(Conformes)

Article 40

- ① I. – *(Non modifié)*
- ② II. – La section 5 du chapitre V du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ③ 1° Les neuf premiers alinéas de l'article L. 1435-8 sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :
- ④ « Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :
- ⑤ « 1° À la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- ⑥ « 2° À l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- ⑦ « 3° À la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- ⑧ « 4° À l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- ⑨ « 5° Au développement de la démocratie sanitaire. » ;
- ⑩ 2° L'article L. 1435-9 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Au a, après le mot : « maladies », sont insérés les mots : « , des traumatismes » ;
- ⑫ b) *(Supprimé)*
- ⑬ 3° Les trois derniers alinéas de l'article L. 1435-10 sont ainsi rédigés :
- ⑭ « Les crédits du fonds, délégués aux agences régionales de santé, sont gérés dans le cadre du budget annexe mentionné à l'article L. 1432-5. Le paiement des dépenses des budgets annexes des agences régionales de santé peut être confié, par arrêté des ministres chargés de la santé, du

budget et de la sécurité sociale, à un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire de l'assurance maladie lorsque les sommes sont directement versées aux professionnels de santé.

- ⑮ « Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant, dans la limite d'un plafond. Les crédits non consommés qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant en raison de ce plafonnement peuvent être reversés à l'État, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans des conditions et limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.
- ⑯ « En vue d'assurer un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, le ministre chargé de la santé est informé de l'exécution des budgets annexes dans des conditions fixées par décret. Un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale. »
- ⑰ III. – Le I et les 2° et 3° du II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 41

(Conforme)

CHAPITRE IV

Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

Article 42

- ① Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 162-1-17 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 162-1-17.* – En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-4, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret.
- ④ « La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :
- ⑤ « 1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- ⑥ « 2° Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- ⑦ « 3° Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
- ⑧ « 4° Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.
- ⑨ « Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de sa mise sous accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou

prestations ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non-respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 162-30-4.

- ⑩ « Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités. » ;
- ⑪ 2° La sous-section 4 de la section 5 est complétée par un article L. 162-30-4 ainsi rédigé :
- ⑫ « *Art. L. 162-30-4. – I. –* L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations retenues dans les programmes nationaux de gestion du risque mentionnés à l'article L. 182-2-1-1.
- ⑬ « Des actions prioritaires sont définies par le plan d'actions pour chacun des domaines suivants : les soins de ville, les relations entre les soins de ville et les prises en charge hospitalières, les prises en charge hospitalières.
- ⑭ « Ce plan d'actions précise également les critères retenus pour identifier les établissements de santé faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins prévu au II du présent article et ceux faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable définie à l'article L. 162-1-17. Ces critères tiennent compte notamment des référentiels établis par la Haute Autorité de santé et des écarts constatés entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales observées pour une activité comparable. Ces critères tiennent compte de la situation des établissements au regard des moyennes régionales ou nationales de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ou au regard des moyennes de prescription de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation.

- ⑮ « Le plan d'actions défini au présent I est intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque mentionné à l'article L. 1434-14 du code de la santé publique.
- ⑯ « II. – Le directeur de l'agence régionale de santé conclut avec les établissements de santé identifiés dans le cadre du plan d'actions défini au I du présent article et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la pertinence des soins, d'une durée maximale de deux ans.
- ⑰ « Ce contrat comporte des objectifs qualitatifs d'amélioration de la pertinence des soins.
- ⑱ « Le contrat comporte, en outre, des objectifs quantitatifs lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, procède à l'une des constatations suivantes :
- ⑲ « 1° Soit un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
- ⑳ « 2° Soit une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.
- ㉑ « La réalisation des objectifs fixés au contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non-réalisation de ces objectifs, le directeur de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, engager la procédure de mise sous accord préalable mentionnée à l'article L. 162-1-17 au titre du champ d'activité concerné par les manquements constatés ou prononcer une sanction pécuniaire, correspondant au versement à l'organisme local d'assurance maladie d'une fraction des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité concernée par ces manquements. Lorsque les manquements constatés portent sur des prescriptions, la pénalité correspond à une fraction du montant des dépenses imputables à ces prescriptions. Le montant de la pénalité est proportionné à l'ampleur des écarts constatés et ne peut dépasser 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.
- ㉒ « En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer à ce contrat, le directeur de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement

a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

- ② « III. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités selon lesquelles est évaluée l'atteinte des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins. »

Articles 42 bis, 43 et 43 bis

(Conformes)

Article 43 ter

(Supprimé)

Article 44

- ① À titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut prévoir que les tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale applicables aux prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont minorés d'un montant forfaitaire lorsqu'au moins une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7 dudit code est facturée en sus de cette prestation.
- ② Les conditions de l'expérimentation, et notamment la détermination des prestations d'hospitalisation concernées, sont fixées par décret.

Articles 44 bis et 45

(Conformes)

Article 45 bis (nouveau)

- ① L'article L. 1112-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ④ b) La deuxième phrase est supprimée ;

- ⑤ 2° Après le quatrième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :
- ⑥ « II. – Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient.
- ⑦ « Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations mentionnées au premier alinéa du I.
- ⑧ « Ces praticiens sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient.
- ⑨ « La lettre de liaison mentionnée au troisième alinéa du présent II est, dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2, remise au patient ou à la personne de confiance au moment de sa sortie.
- ⑩ « Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée aux praticiens concernés. » ;
- ⑪ 3° Au début du cinquième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – ».

CHAPITRE V

Paiement des produits de santé à leur juste prix

Article 46

(Conforme)

Article 47

- ① I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – Le I de l'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :
- ③ 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ④ a) La première phrase est ainsi modifiée :

- ⑤ – les mots : « est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au » sont remplacés par les mots : « est fixé par convention entre l'entreprise et le » ;
- ⑥ – sont ajoutés les mots : « au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public » ;
- ⑦ *b)* La deuxième phrase est ainsi rédigée :
- ⑧ « À défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés à la première phrase du présent alinéa, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivant le terme de ces mêmes délais. » ;
- ⑨ *c)* À la troisième phrase, les mots : « à la décision du » sont remplacés par les mots : « au tarif publié par le » et le mot : « décision » est remplacé par le mot : « publication » ;
- ⑩ 2° Le troisième alinéa est ainsi modifié :
- ⑪ *a)* Les mots : « à cet effet » sont supprimés ;
- ⑫ *b)* Les mots : « la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, » sont remplacés par le mot : « notamment » ;
- ⑬ *c)* Les mots : « prix de vente déclarés » sont remplacés par le mot : « tarifs » ;
- ⑭ B. – À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, après le mot : « fixe », sont insérés les mots : « , sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, » ;
- ⑮ C. – L'article L. 165-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑯ « La publication du tarif des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en

cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public. »

⑰ II. – (*Non modifié*)

Article 47 bis (nouveau)

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Le 1° de l'article L. 161-37 est ainsi modifié :

③ a) À la première phrase, les mots : « du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif des produits, actes ou prestations de santé » ;

④ b) À la dernière phrase, les mots : « l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif du produit ou de la technologie » ;

⑤ 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 161-39, les mots : « du service attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé ou du service qu'ils rendent » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé » ;

⑥ 3° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 162-12-15, les mots : « le service médical rendu » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif » ;

⑦ 4° Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 est ainsi modifié :

⑧ a) À la deuxième phrase, les mots : « l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif du médicament » ;

⑨ b) À la dernière phrase, les mots : « l'amélioration du service médical rendu » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif » ;

⑩ 5° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-6, les mots : « amélioration du service médical rendu » sont remplacés par les mots : « intérêt thérapeutique relatif » ;

- ⑪ 6° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-7, les mots : « le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif du » ;
- ⑫ 7° Au dernier alinéa de l'article L. 165-2, les mots : « du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif » ;
- ⑬ 8° Au cinquième alinéa de l'article L. 861-3, les mots : « du service médical rendu » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif ».
- ⑭ II. – Les conditions d'application du I, notamment les critères sur lesquels se fondent l'intérêt thérapeutique relatif, sont fixées par décret en Conseil d'État.
- ⑮ III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 47 ter (nouveau)

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

Article 47 quater (nouveau)

- ① I. – L'article L. 5123-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Pour l'établissement de la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du présent code, il est également tenu compte, lorsqu'il existe, de l'avis rendu par la commission mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale ».
- ③ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ④ 1° L'article L. 162-17 est ainsi modifié :
- ⑤ a) À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « sur une liste établie », sont insérés les mots : « après avis de la commission mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ainsi que, le cas échéant, de la commission mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 161-37 du présent code, » ;

- ⑥ *b)* Au troisième alinéa, le mot : « à » est remplacé par les mots : « au premier alinéa de » ;
- ⑦ 2° L'article L. 165-1 est ainsi modifié :
- ⑧ *a)* Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « Pour l'établissement de cette liste, il est également tenu compte, lorsqu'il existe, de l'avis rendu par la commission mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 161-37 du présent code. » ;
- ⑩ *b)* Au deuxième alinéa, après le mot : « commission », sont insérés les mots : « mentionnée au premier alinéa du présent article ».

CHAPITRE VI

Amélioration de l'efficience de la dépense des établissements de santé

Article 48

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après l'article L. 162-22-2, il est inséré un article L. 162-22-2-1 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 162-22-2-1. – I. –* Lors de la détermination annuelle de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, une part de son montant peut être affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation mise en réserve, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Cette part peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1. Elle distingue, par activité de soins, d'une part, l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente et, d'autre part, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours.
- ④ « *II. –* Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 tout ou partie de la dotation mise en réserve en application du I du présent article, en fonction des montants versés par l'assurance maladie à chacun de ces établissements au titre de l'année pour laquelle l'objectif a été fixé.

- ⑤ « La part de la dotation ainsi versée peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.
- ⑥ « III. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑦ 2° La première phrase du 1° du I de l'article L. 162-22-3 est complétée par la référence : « et au I de l'article L. 162-22-2-1 » ;
- ⑧ 3° Le II de l'article L. 162-22-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « Ces tarifs sont établis en prenant en compte les effets de la constitution de la dotation mise en réserve en application du I de l'article L. 162-22-2-1. » ;
- ⑩ 4° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-9-1, ».

Article 49

(Conforme)

Article 49 bis (nouveau)

Hormis les cas de congé de longue maladie, de congé de longue durée ou si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, les agents publics de la fonction publique hospitalière en congé de maladie, ainsi que les salariés des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dont l'indemnisation du congé de maladie n'est pas assurée par un régime obligatoire de sécurité sociale, ne perçoivent pas leur rémunération au titre des trois premiers jours de ce congé.

CHAPITRE VII

Autres mesures

Article 50

(Conforme)

Article 51

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 1221-8 est ainsi modifié :
- ③ a) À la première phrase du 1°, après le mot : « plasma », sont insérés les mots : « dans la production duquel n'intervient pas un processus industriel, quelle que soit sa finalité, » ;
- ④ b) Après le 2°, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :
- ⑤ « 2° *bis* Du plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel, régi par le livre I^{er} de la cinquième partie ; »
- ⑥ c) Le 3° est ainsi rédigé :
- ⑦ « 3° Des médicaments issus du fractionnement du plasma régis par le même livre I^{er} ; »
- ⑧ 2° Le premier alinéa de l'article L. 1221-9 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑨ « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les tarifs :
- ⑩ « 1° De cession des produits sanguins labiles, à l'exception des plasmas à finalité transfusionnelle ;
- ⑪ « 2° De conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des plasmas à finalité transfusionnelle relevant des 1° ou 2° *bis* de l'article L. 1221-8 par les établissements de transfusion sanguine. » ;
- ⑫ 3° L'article L. 1221-10 est ainsi modifié :

- ⑬ a) Le premier alinéa est précédé de la mention : « I. – » ;
- ⑭ b) Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- ⑮ « II. – Par dérogation aux articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des plasmas mentionnés au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 sont effectuées soit par un établissement de transfusion sanguine, soit par un établissement de santé autorisé à cet effet dans des conditions définies par décret. » ;
- ⑯ 4° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 1221-10-2, après le mot : « labiles », sont insérés les mots : « et les plasmas mentionnés au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 » ;
- ⑰ 5° L'article L. 1221-13 est ainsi modifié :
- ⑱ a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et de plasma mentionné au 2° *bis* de l'article L. 1221-8, ce dernier produit demeurant également soumis au chapitre I^{er} *bis* du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie » ;
- ⑲ b) Au dernier alinéa, après le mot : « labiles », sont insérés les mots : « et du plasma mentionné au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 du présent code » ;
- ⑳ 6° L'article L. 1222-8 est ainsi modifié :
- ㉑ a) Au 1°, les mots : « de la cession des » sont remplacés par les mots : « des activités liées aux » ;
- ㉒ b) Après le même 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :
- ㉓ « 1° *bis* Les produits des activités liées au plasma mentionné au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 ; »
- ㉔ 7° Après la première phrase du second alinéa de l'article L. 1223-1, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ㉕ « Ces établissements conservent en vue de leur délivrance et délivrent les plasmas mentionnés au 2° *bis* de l'article L. 1221-8, dans les conditions fixées au II de l'article L. 1221-10. » ;
- ㉖ 8° L'article L. 5121-1 est complété par un 18° ainsi rédigé :
- ㉗ « 18° Médicament dérivé du sang, tout médicament préparé industriellement à partir du sang ou de ses composants. Ils sont soumis au

présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables. Ils comprennent notamment :

- ⑳ « a) Les médicaments issus du fractionnement du plasma ;
- ㉑ « b) Le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel à condition de respecter le régime applicable aux médicaments dérivés du sang, en obtenant une autorisation de mise sur le marché qui respecte l'article L. 5121-11 du présent code et les exigences prévues par la directive 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil, du 27 janvier 2003, établissant des normes de qualité et de sécurité pour la collecte, le contrôle, la transformation, la conservation et la distribution du sang humain, et des composants sanguins, et modifiant la directive 2001/83/CE. » ;
- ㉒ 9° L'article L. 5121-3 est abrogé ;
- ㉓ 10° Après l'article L. 5126-5-1, il est inséré un article L. 5126-5-2 ainsi rédigé :
- ㉔ « Art. L. 5126-5-2. – I. – Par dérogation aux articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des médicaments définis au b du 18° de l'article L. 5121-1 sont effectuées soit par un établissement de transfusion sanguine, soit par un établissement de santé autorisé à cet effet dans les conditions mentionnées au II de l'article L. 1221-10.
- ㉕ « II. – Tout contrat d'achat de plasma à finalité transfusionnelle mentionné au 2° bis de l'article L. 1221-8 conclu entre un établissement pharmaceutique et un établissement de santé doit comporter, à peine de nullité, des clauses permettant de mettre en œuvre et de respecter les obligations de conservation en vue de la délivrance et de délivrance mentionnées au I du présent article. »

Article 52

(Conforme)

Article 52 bis (nouveau)

Au premier alinéa du III de l'article 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre ».

Article 53

- ① I à IV. – *(Non modifiés)*
- ② V. – *(Supprimé)*

Article 53 bis A (nouveau)

- ① L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Au *a* du 1 du I, les mots : « une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % » sont remplacés par le taux : « 10 % » ;
- ③ 2° Au *a* du III, les mots : « une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % » sont remplacés par le taux : « 30 % ».

Article 53 bis B (nouveau)

Au début des *a* bis et *b* bis du V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « Pour les années 2012, 2013 et 2014, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « Jusqu'au 1^{er} juillet 2015, 50 % du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* ».

Article 53 bis C (nouveau)

- ① Après l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 312-8-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 312-8-1.* – Les évaluations mentionnées à l'article L. 312-8 peuvent être communes à plusieurs établissements et services gérés par le même organisme gestionnaire lorsque ces établissements et services sont complémentaires dans le cadre de la prise en charge des usagers ou lorsqu'ils relèvent du même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application des articles L. 313-11 à L. 313-12-2. Les recommandations, voire les injonctions, résultant de ces évaluations sont faites à chacun des établissements et services relevant d'une même évaluation commune.
- ③ « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

Article 53 bis D (nouveau)

À l'article L. 312-8-2 du code de l'action sociale et des familles, après le mot : « établissements », sont insérés les mots : « et les services ».

Article 53 bis E (nouveau)

À la fin de l'article L. 441-3 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « le représentant de l'État dans le département, dans les conditions prévues par voie réglementaire » sont remplacés par les mots : « le directeur général de l'agence régionale de santé ».

Articles 53 bis et 53 ter

(Supprimés)

Article 54

- ① Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 197,0 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 172,8 milliards d'euros.

Article 55

- ① Pour l'année 2015, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

②

(En milliards d'euros)

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

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE VIEILLESSE

Article 56 A (nouveau)

- ① L'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, le mot : « soixante-deux » est remplacé par le mot : « soixante-quatre » et l'année : « 1955 » est remplacée par l'année : « 1960 » ;
- ③ 2° Au deuxième alinéa, l'année : « 1955 » est remplacée par l'année : « 1960 » et l'année : « 1954 » est remplacée par l'année : « 1959 » ;
- ④ 3° À la fin de 2°, l'année : « 1954 » est remplacée par l'année : « 1958 » ;
- ⑤ 4° Il est ajouté un 3° ainsi rédigé :

- ⑥ « 3° À raison de quatre mois par génération pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1959 et le 31 décembre 1959. »

Article 56 B (nouveau)

- ① Afin d'assurer la pérennité financière et l'équilibre entre les générations du système de retraites par répartition, ainsi que son équité et sa transparence, une réforme systémique est mise en œuvre à compter du premier semestre 2017.
- ② Elle institue un régime universel par points ou en comptes notionnels sur la base du septième rapport du Conseil d'orientation des retraites du 27 janvier 2010.
- ③ Le Gouvernement organise une conférence sociale et un débat national sur cette réforme systémique au premier semestre 2015.

Article 56

- ① Par dérogation aux conditions prévues à l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, les enfants des anciens harkis, moghaznis et personnels des diverses formations supplétives et assimilés de statut civil de droit local qui ont servi en Algérie et qui sont venus fixer leur domicile en France voient les périodes qu'ils ont passées dans des camps militaires de transit et d'hébergement entre le 18 mars 1962 et le 31 décembre 1975 prises en compte par le régime général d'assurance vieillesse sous réserve :
- ② 1° Qu'ils aient été âgés de 16 à 21 ans pendant les périodes mentionnées au premier alinéa du présent article ;
- ③ 2° Du versement des cotisations prévues au premier alinéa du I du même article L. 351-14-1, diminué d'une réduction forfaitaire prise en charge par l'État dans des conditions et limites fixées par décret.
- ④ Le nombre de trimestres d'assurance attribués en application du présent article est limité à quatre, sans que le total des trimestres acquis à ce titre et, le cas échéant, en application dudit article L. 351-14-1 n'excède le plafond fixé au premier alinéa du I du même article.

Articles 56 bis et 57

(Conformes)

TITRE III

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL
ET MALADIES PROFESSIONNELLES**

Articles 58, 59 et 60

(Conformes)

TITRE IV

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
DE LA BRANCHE FAMILLE**

Article 61 AA (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} avril 2015, un rapport présentant une évaluation de l'impact financier, économique et social de la réforme de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale, consistant à réserver le bénéfice de la prolongation de la durée de versement de la prestation au second parent.

Article 61 A

(Supprimé)

Article 61 B (nouveau)

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le quatrième alinéa de l'article L. 521-2 est ainsi modifié :
- ③ a) À la dernière phrase, après le mot : « général », sont insérés les mots : « au vu d'un rapport établi par le service d'aide sociale à l'enfance » et, après le mot : « maintenir », il est inséré le mot : « partiellement » ;
- ④ b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

- ⑤ « À compter du quatrième mois suivant la décision du juge, le montant de ce versement ne peut excéder 35 % de la part des allocations familiales dues pour cet enfant. » ;
- ⑥ 2° Après le deuxième alinéa de l'article L. 543-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Lorsqu'un enfant est confié au service d'aide sociale à l'enfance, l'allocation de rentrée scolaire due à la famille pour cet enfant est versée à ce service. »

Article 61

(Suppression conforme)

Article 62

Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 55 milliards d'euros.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Articles 63 et 64

(Conformes)

TITRE VI

DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT AINSI QU'AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Article 65 A

(Conforme)

Article 65

- ① I. – *(Non modifié)*
- ② II. – L'article L. 114-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° *(Supprimé)*
- ④ 2° Le montant : « 15 000 euros » est remplacé par le montant : « 30 000 € » ;
- ⑤ 3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Toute personne qui refuse délibérément de s'affilier ou qui persiste à ne pas engager les démarches en vue de son affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale, en méconnaissance des prescriptions de la législation en matière de sécurité sociale, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 30 000 €. »

Article 66

- ① I. – L'article L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 242-1-3.* – Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, ces organismes transmettent dans un délai de sept jours ouvrables les informations nécessaires aux caisses mentionnées à l'article L. 215-1, afin

que ces dernières procèdent à la rectification des droits des salariés concernés.

- ③ « En cas de constat de travail dissimulé, au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification ne peut être réalisée qu'à compter du paiement du redressement. »
- ④ II et III. – (*Non modifiés*)

Article 66 bis (nouveau)

- ① Après l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-7-8 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 243-7-8.* – Lorsque le contrôle est effectué au sein de l'entreprise, les documents ou supports d'information ne peuvent être emportés par l'inspecteur à l'organisme qu'après autorisation écrite du cotisant.
- ③ « Le cotisant a la possibilité d'un débat oral et contradictoire avec l'inspecteur du recouvrement sous peine d'irrégularité de la procédure de contrôle. »

Article 66 ter (nouveau)

- ① I. – L'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « La contestation de la mise en demeure, prévue à l'article L. 244-2 dans le cadre du contentieux général de la sécurité sociale, suspend toute procédure en recouvrement des cotisations. »
- ③ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Articles 67 et 68

(*Conformes*)

Article 69

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° La section 2 *ter* du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-6-8-4 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 133-6-8-4.* – Le travailleur indépendant qui a opté pour l'application de l'article L. 133-6-8 est tenu de dédier un compte ouvert dans un des établissements mentionnés à l'article L. 123-24 du code de commerce à l'exercice de l'ensemble des transactions financières liées à son activité professionnelle. » ;
- ⑤ 1° *bis (nouveau)* À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7-6, le taux : « 10 % » est remplacé par le taux : « 20 % » ;
- ⑥ 2° Au premier alinéa de l'article L. 243-7-7, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 40 % ».

Délibéré en séance publique, à Paris, le 14 novembre 2014.

Le Président,

Signé : Gérard LARCHER

ANNEXE A

Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2013, des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés pour l'exercice 2013

(Conforme)

ANNEXE B

Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir

(Supprimée)

ANNEXE C

État des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général ainsi que des recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement de ces régimes

① I. – Recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

② Exercice 2015

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Régimes de base
Cotisations effectives	86,9	125,4	32,1	12,7	255,3
Cotisations prises en charge par l'État	1,5	1,5	0,6	0,1	3,6
Cotisations fictives d'employeur.....	0,6	38,5	0,0	0,3	39,4
Contribution sociale généralisée	64,9	0,0	10,9	0,0	75,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	31,4	19,1	8,0	0,1	58,5
Transferts.....	2,8	37,6	0,4	0,1	29,3
Produits financiers.....	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	3,0	0,5	0,5	0,3	4,3
Recettes.....	191,0	222,7	52,3	13,7	466,1

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

③ II. – Recettes, par catégorie et par branche, du régime général de sécurité sociale

④ Exercice 2015

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Régime général
Cotisations effectives	77,3	74,7	32,1	11,8	194,1
Cotisations prises en charge par l'État	1,1	1,0	0,6	0,1	2,8
Cotisations fictives d'employeur.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	56,2	0,0	10,9	0,0	66,8
Impôts, taxes et autres contributions sociales	25,8	14,6	8,0	0,0	48,4
Transferts.....	3,5	28,8	0,4	0,0	22,1
Produits financiers.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,7	0,2	0,5	0,3	3,7
Recettes.....	166,7	119,3	52,3	12,2	338,0

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

⑤ III. – Recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

(Non modifié)

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par le Sénat dans sa séance du 14 novembre 2014.

Le Président,

Signé : Gérard LARCHER

