



TEXTE ADOPTÉ n° 617  
« Petite loi »

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

30 novembre 2015

---

---

## PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2016.

(Texte définitif)

*L'Assemblée nationale a adopté, dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, le projet de loi dont la teneur suit :*

---

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : 1<sup>re</sup> lecture : **3106, 3129, 3127** et T.A. **600**.

Commission mixte paritaire : **3222**.

Nouvelle lecture : **3221, 3238** et T.A. **610**.

Lecture définitive : **3283**.

*Sénat* : 1<sup>re</sup> lecture : **128, 134, 139** et T.A. **37** (2015-2016).

Commission mixte paritaire : **158** et **159** (2015-2016).

Nouvelle lecture : **190, 191** et T.A. **45** (2015-2016).

---



PREMIÈRE PARTIE  
**DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014**

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

Au titre de l'exercice 2014, sont approuvés :

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

*(En milliards d'euros)*

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie .....	186,7	193,2	-6,5
Vieillesse.....	219,1	219,9	-0,8
Famille .....	56,3	59,0	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles ..	13,8	13,1	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)....	462,8	472,1	-9,3

 ;

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

*(En milliards d'euros)*

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie .....	161,9	168,4	-6,5
Vieillesse .....	115,6	116,8	-1,2
Famille.....	56,3	59,0	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles .	12,3	11,6	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)...	334,1	343,8	-9,7

 ;

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

*(En milliards d'euros)*

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
Fonds de solidarité vieillesse.....	17,2	20,6	-3,5

 ;

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 178 milliards d'euros ;

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

6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 12,7 milliards d'euros.

## **Article 2**

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2014, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2014 figurant à l'article 1<sup>er</sup>.

## **DEUXIÈME PARTIE**

### **DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015**

#### **Article 3**

L'article 74 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 est ainsi modifié :

1° Au I, le montant : « 280,6 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 230,6 millions d'euros » ;

2° Au II, le montant : « 115 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 83 millions d'euros ».

#### **Article 4**

I. – Le chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « et L. 162-18 » est remplacée, deux fois, par les références : « , L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, pour lesquels le chiffre d'affaires, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ; »

c) Au 2°, après le mot : « qui », sont insérés les mots : « , au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, » ;

2° L'article L. 138-11 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « et L. 162-18 » est remplacée par les références : « , L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « fixé », sont insérés les mots : « , au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, » ;

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

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « l'ensemble » sont remplacés par les mots : « au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre » ;

– à la fin de la seconde phrase, les mots : « de remises » sont remplacés par les mots : « d'une remise » ;

b) Le second alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, après le mot : « versées », sont insérés les mots : « en application de ces accords » ;

– à la seconde phrase, les mots : « les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales » sont remplacés par les mots : « la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale » ;

4° L'article L. 138-14 est ainsi modifié :

a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « ou d'un groupe » sont supprimés ;

5° L'article L. 138-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la date : « 1<sup>er</sup> juin » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> juillet » ;

b) La première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée :

« La fixation du prix ou du tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 entraîne une régularisation du montant total et de la répartition entre les entreprises redevables de la contribution due au titre de l'année précédant la fixation de ce prix ou de ce tarif. » ;

c) Au dernier alinéa, la date : « 1<sup>er</sup> mars » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> avril » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, après les deux occurrences de la référence : « L. 162-16-5-1 », est insérée la référence : « , L. 162-17-5 » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-2, après la référence : « L. 162-16-5-1 », est insérée la référence : « , L. 162-17-5 » ;

8° Au dernier alinéa de l'article L. 138-19-4, les mots : « les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales » sont remplacés par les mots : « la remise qu'elle verse en application de cet accord est supérieure ou égale » ;

9° L'article L. 138-19-5 est ainsi modifié :

a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « ou d'un groupe » sont supprimés.

II. – Le I s'applique à compter des contributions et remises dues au titre de 2015.

## **Article 5**

Au titre de l'année 2015, sont rectifiés :

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

(En milliards d'euros)

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Objectifs de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie .....	190,5	198,0	-7,5
Vieillesse .....	223,5	223,8	-0,2
Famille .....	52,8	54,4	-1,6
Accidents du travail et maladies professionnelles .....	13,9	13,2	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	467,3	475,9	-8,6

 ;

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

(En milliards d'euros)

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Objectifs de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie .....	166,6	174,1	-7,5
Vieillesse .....	119,9	120,5	-0,6
Famille .....	52,8	54,4	-1,6
Accidents du travail et maladies professionnelles .....	12,4	11,8	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	339,3	348,3	-9,0

 ;

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

(En milliards d'euros)

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Prévisions de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Fonds de solidarité vieillesse .....	16,5	20,3	-3,8

 ;

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 13,6 milliards d'euros ;

5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, qui demeurent fixées conformément au III de l'article 38 de la loi n° 2014-1554 de financement de la sécurité sociale pour 2015 ;

6° Les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles.

## Article 6

Au titre de l'année 2015, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

*(En milliards d'euros)*

	<b>Objectif de dépenses</b>
Dépenses de soins de ville.....	82,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.....	56,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé.....	19,8
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.....	9,1
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional.....	3,0
Autres prises en charge.....	1,6
<b>Total.....</b>	<b>181,9</b>

## TROISIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2016

#### TITRE I<sup>ER</sup>

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

#### CHAPITRE I<sup>ER</sup>

#### Dispositions relatives au pacte de responsabilité et de solidarité et évolutions de certains dispositifs particuliers en découlant

## Article 7

I. – À l'article L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale, le nombre : « 1,6 » est remplacé par le nombre : « 3,5 ».

II. – Le I s’applique aux cotisations dues au titre des rémunérations versées à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016.

Pour chacune des périodes du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2016 et du 1<sup>er</sup> avril au 31 décembre 2016, la réduction de taux mentionnée à l’article L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale est calculée en fonction de la rémunération annuelle totale perçue en 2016.

### **Article 8**

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

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 » ;

2° À la deuxième phrase du dernier alinéa de l’article L. 242-1, les mots : « d’un montant supérieur à dix » sont remplacés par les mots : « versées à l’occasion de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnées à l’article 80 *ter* du code général des impôts d’un montant supérieur à cinq ».

II. – Le I est applicable aux indemnités versées au titre d’une rupture du contrat de travail ou d’une cessation forcée notifiée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 ou aux indemnités versées à l’occasion d’une rupture mentionnée à l’article L. 1237-11 du code du travail dont la demande d’homologation a été transmise à compter de cette date. Toutefois, le I du présent article ne s’applique pas aux indemnités versées à l’occasion de la rupture du contrat de travail intervenant dans le cadre d’un projet établi en application des articles L. 1233-8 et L. 1233-61 du même code et pour lequel la réunion mentionnée à l’article L. 1233-8 ou la première réunion mentionnée aux articles L. 1233-29 ou L. 1233-30 dudit code est intervenue le 31 décembre 2015 au plus tard.

### **Article 9**

I. – La section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du titre V du livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° À la troisième phrase du premier alinéa de l’article L. 651-3, le montant : « 3,25 millions d’euros » est remplacé par le montant : « 19 millions d’euros » ;

2° Le premier alinéa de l’article L. 651-5-3 est ainsi modifié :

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

b) À la seconde phrase, les mots : « et de téléversement » sont supprimés.

II. – Le I s’applique à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés due à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### **Article 10**

I. – L’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le A du III est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la deuxième phrase, le taux : « 40 % » est remplacé par le taux : « 30 % » ;

– à la fin de la même deuxième phrase, les mots : « à la charge de l’employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale à la charge de l’employeur » ;

– après le mot : « égale », la fin de la dernière phrase est ainsi rédigée : « au salaire minimum de croissance majoré de 100 %. » ;

b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Pour les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l’article L. 2211-1 du code du travail et occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l’exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l’employeur. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l’employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au delà d’un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l’exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 130 %. » ;

2° Les 1° et 2° du B du même III sont ainsi rédigés :

« 1° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au deuxième alinéa du A en deçà duquel la rémunération est totalement exonérée de cotisations à la charge de l'employeur est égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Le seuil de la rémunération horaire mentionné au même deuxième alinéa du A à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 % ;

« 2° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au dernier alinéa du A en deçà duquel la rémunération est exonérée, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, est égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %. À partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %. » ;

3° Le IV est ainsi modifié :

a) L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %. À partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 250 %. » ;

b) Après le mot : « article », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « , la rémunération horaire à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 350 %. » ;

4° Le VIII est ainsi rédigé :

« VIII. – Lorsque les exonérations mentionnées aux III et IV sont dégressives, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du coefficient de

dégressivité retenu pour cette formule est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. »

II. – Le présent article est applicable aux cotisations dues pour la période courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### **Article 11**

Le IV de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « la Réunion », sont insérés les mots : « , à Saint-Barthélemy » ;

2° Au 2°, après les mots : « entreprises exploitées », sont insérés les mots : « à Saint-Barthélemy ou ».

## CHAPITRE II

### **Simplification du recouvrement des cotisations dues par les entreprises et les travailleurs non salariés**

### **Article 12**

I. – La section 3 du chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 133-4-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4-8.* – I. – Les redressements opérés dans le cadre d'un contrôle effectué en application des articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime et relatif à l'application des règles liées au caractère obligatoire et collectif des systèmes de garanties de protection sociale complémentaire mentionné au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code portent sur le montant global des cotisations dues sur les contributions que les employeurs ont versées pour le financement de ces garanties.

« II. – Par dérogation au I du présent article et dans les conditions définies au présent II, l'agent chargé du contrôle réduit le redressement à hauteur d'un montant calculé sur la seule base des sommes faisant défaut ou excédant les contributions nécessaires pour que la couverture du régime revête un caractère obligatoire et collectif, au sens du sixième alinéa de

l'article L. 242-1 et des textes pris pour son application, sous réserve que l'employeur reconstitue ces sommes de manière probante.

« Le redressement ainsi réduit est fixé à hauteur :

« 1° D'une fois et demie ces sommes, lorsque le motif du redressement repose sur l'absence de production d'une demande de dispense ou de tout autre document ou justificatif nécessaire à l'appréciation du caractère obligatoire et collectif ;

« 2° De trois fois ces sommes, dans les cas autres que ceux mentionnés au 1° et lorsque le manquement à l'origine du redressement ne révèle pas une méconnaissance d'une particulière gravité des règles prises en application du sixième alinéa de l'article L. 242-1.

« Lorsque le manquement à l'origine du redressement révèle une méconnaissance d'une particulière gravité des règles liées au caractère obligatoire et collectif des systèmes de garanties de protection sociale complémentaire mentionné au même alinéa, l'agent chargé du contrôle en informe l'employeur, en justifiant sa décision dans le cadre de la procédure contradictoire préalable à la fin du contrôle.

« Le montant du redressement ainsi établi par l'agent chargé du contrôle ne peut être supérieur à celui résultant de l'assujettissement de l'ensemble des contributions de l'employeur au financement du régime.

« III. – Le II du présent article n'est pas applicable lorsque le redressement procède d'un cas d'octroi d'avantage personnel ou d'une discrimination, au sens de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, lorsque l'irrégularité en cause a déjà fait l'objet d'une observation lors d'un précédent contrôle, dans la limite des cinq années civiles qui précèdent l'année où est initié le contrôle, ou lorsqu'est établie au cours de cette période l'une ou l'autre des situations suivantes :

« 1° Une situation de travail dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

« 2° Une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

« 3° Une situation d'abus de droit, défini à l'article L. 243-7-2.

« IV. – Par dérogation à l'article L. 243-1, les employeurs ne peuvent, dans les cas prévus au présent article, demander aux salariés le remboursement des cotisations salariales dues sur les montants donnant lieu à redressement. »

II. – Le présent article s'applique aux contrôles engagés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### **Article 13**

I. – L'article L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après la référence : « L. 752-4 », la fin de la seconde phrase du I est supprimée ;

2° Le II est ainsi rédigé :

« II. – Le régime social des indépendants ou, par délégation, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 transmettent les données relevant des articles L. 642-1 et L. 723-5 aux organismes mentionnés aux articles L. 641-1 et L. 723-1. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 611-20 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« La Caisse nationale confie le soin d'assurer le calcul, l'encaissement ainsi que le recouvrement amiable et contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les effectuent selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement par ces organismes des cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants non agricoles.

« La Caisse nationale du régime social des indépendants et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale adoptent une convention relative aux orientations et aux objectifs de qualité de service associés au recouvrement de ces cotisations, ainsi qu'aux modalités selon lesquelles sont suivies les actions de maîtrise des risques, de contrôle et de lutte contre la fraude.

« Le fonds institué à l'article L. 133-6-6 peut aider au règlement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants appartenant au groupe professionnel des professions libérales. »

III. – Au premier alinéa de l'article L. 652-3 du même code, les mots : « les organismes conventionnés » sont remplacés par les mots : « , par

délégation, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ».

IV. – Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes et groupements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 611-20 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, du transfert de la gestion de l'encaissement et du contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code, à la date fixée au V du présent article, fait l'objet d'une indemnité si ce préjudice a pour origine les modifications apportées aux règles régissant la délégation de gestion et présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions d'attribution et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

V. – Le présent article s'applique aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

#### **Article 14**

I. – Le paragraphe 1 de la sous-section 1 de la section 2 du chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa de l'article L. 731-15 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, après le mot : « contribuable », sont insérés les mots : « , à l'exception de celle mentionnée au 1 de l'article 75-0 A du code général des impôts s'agissant des revenus exceptionnels définis au a du 2 du même article, » ;

b) La seconde phrase est supprimée ;

2° Après la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 731-16, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, en cas de décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, le conjoint poursuivant la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise agricole peut, dans des conditions fixées par décret, opter pour le calcul des cotisations et contributions sociales sur une assiette forfaitaire selon les modalités mentionnées au premier alinéa. » ;

3° À la deuxième phrase de l'article L. 731-22-1, le taux : « 50 % » est remplacé par le taux : « 75 % ».

II. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### **Article 15**

I. – Le I de l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de l'article 24 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts peuvent demander que leurs cotisations ne soient pas inférieures au montant minimal de cotisations de sécurité sociale fixé : » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Cette demande est adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du présent code au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle pour laquelle le régime prévu au présent article doit être appliqué ou, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de cette création. Elle s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions.

« Les cotisations et contributions sociales des personnes qui ont effectué la demande mentionnée au deuxième alinéa du présent article sont calculées et recouvrées selon les dispositions prévues aux articles L. 131-6-1 et L. 131-6-2. »

II. – Par dérogation au I du présent article, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts qui relevaient, au 31 décembre 2015, du régime défini à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale continuent de relever de ce régime, sauf demande contraire.

III. – Le présent article s'applique aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## Article 16

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

1° Le dernier alinéa du I de l'article L. 136-5, dans sa rédaction résultant de l'article 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, est supprimé ;

2° Au 2° de l'article L. 213-1, les mots : « et membres des professions libérales » sont remplacés par les mots : « des professions non agricoles et les travailleurs indépendants non agricoles » ;

3° Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre II est complété par un article L. 213-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 213-4.* – Les cotisations et contributions mentionnées aux 2°, 4° et 5° de l'article L. 213-1 dues au titre des personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins sont recouvrées et contrôlées par une union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée par le directeur général de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;

4° L'article L. 241-6-2, dans sa rédaction résultant de l'article 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 précitée, est abrogé ;

5° À la fin du 6° de l'article L. 752-4, dans sa rédaction résultant de l'article 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 précitée, les mots : « gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins » sont remplacés par les mots : « mentionné à l'article L. 213-4 ».

II. – Le code du travail, dans sa rédaction résultant de l'article 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 précitée, est ainsi modifié :

1° Le *f* de l'article L. 5427-1 est abrogé ;

2° Aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 6331-53, les mots : « gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins » sont remplacés par les mots : « mentionné à l'article L. 213-4 du code de la sécurité sociale ».

III. – À la fin du troisième alinéa du IV de l'article 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, les mots : « l'Établissement national des invalides de la

marine » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article L. 213-4 du code de la sécurité sociale ».

### **Article 17**

I. – Après l'article L. 2242-5 du code du travail, il est rétabli un article L. 2242-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 2242-5-1.* – L'employeur qui n'a pas rempli l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-5 dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 est soumis à une pénalité. Si aucun manquement relatif à cette obligation n'a été constaté lors d'un précédent contrôle au cours des six années civiles précédentes, la pénalité est plafonnée à un montant équivalent à 10 % des exonérations de cotisations sociales mentionnées à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale au titre des rémunérations versées chaque année où le manquement est constaté, sur une période ne pouvant excéder trois années consécutives à compter de l'année précédant le contrôle. Si au moins un manquement relatif à cette obligation a été constaté lors d'un précédent contrôle au cours des six années civiles précédentes, la pénalité est plafonnée à un montant équivalent à 100 % des exonérations de cotisations sociales mentionnées au même article L. 241-13 au titre des rémunérations versées chaque année où le manquement est constaté, sur une période ne pouvant excéder trois années consécutives comprenant l'année du contrôle.

« Dans le cas où la périodicité de la négociation sur les salaires effectifs a été portée à une durée supérieure à un an en application de l'article L. 2242-20 du présent code, le premier alinéa n'est pas applicable pendant la durée fixée par l'accord. Au terme de cette durée ou si une organisation signataire a demandé que cette négociation soit engagée sans délai, lorsque l'employeur n'a pas rempli l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-5, dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4, il est fait application du premier alinéa du présent article.

« Lorsque l'autorité administrative compétente constate le manquement mentionné au même premier alinéa, elle fixe le montant de la pénalité en tenant compte notamment des efforts constatés pour ouvrir les négociations, de la situation économique et financière de l'entreprise, de la gravité du manquement et des circonstances ayant conduit au manquement, dans des conditions fixées par décret.

« La pénalité est recouvrée dans les conditions prévues à la section 1 du chapitre VII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale.

« Le produit de la pénalité est affecté au régime général de sécurité sociale, selon les mêmes modalités que celles retenues pour l'imputation de la réduction mentionnée à l'article L. 241-13 du même code.

II. – Le VII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est abrogé.

III. – Le VII de l'article 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville est ainsi rédigé :

« VII. – L'article L. 2242-5-1 du code du travail est applicable à cette exonération. »

IV. – Le troisième alinéa du VII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, le dernier alinéa du 5 du VI de l'article 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008, le second alinéa du I de l'article L. 131-4-2 et le V *bis* de l'article L. 752-3-1 du code de la sécurité sociale sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 2242-5-1 du code du travail est applicable à cette exonération. »

V. – Les VII, VIII et IX de l'article 19 de la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi sont abrogés.

## **Article 18**

I. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 242-1-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « , évaluées forfaitairement à six fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-3 du même code » sont remplacés par les mots : « en termes de durée effective d'emploi et de rémunération versée, évaluées forfaitairement à 25 % du plafond annuel défini à l'article L. 241-3 du présent code ».

II. – Le présent article est applicable aux constats de délit de travail dissimulé établis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### **Article 19**

L'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le contenu de l'avertissement ou de la mise en demeure mentionnés au premier alinéa doit être précis et motivé, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

### **Article 20**

I. – L'article L. 382-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « cotisations », sont insérés les mots : « et contributions de sécurité sociale » ;

2° Après la référence : « L. 382-4, », la fin du second alinéa est ainsi rédigée : « les cotisations et contributions de sécurité sociale sont précomptées et versées par cette personne à l'organisme agréé. »

II. – Le présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

### **Article 21**

I. – Le 6° du I de l'article 26 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises est ainsi rédigé :

« 6° La section 5 du chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 131-6-3 ainsi rétabli :

« *Art. L. 131-6-3.* – Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisations prévus, pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, au deuxième alinéa des articles L. 612-13 et L. 633-10, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 635-1 et au dernier alinéa de l'article L. 635-5 et, pour les professions libérales, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, aux articles L. 644-1 et L. 644-2 ne sont pas applicables, sous certaines conditions déterminées par décret, aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues par les personnes mentionnées à

l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 842-1 du présent code." ; ».

II. – Le 6° du I de l'article 9 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 est abrogé.

III. – Après le 12° de l'article L. 611-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 13° ainsi rédigé :

« 13° De mettre en œuvre les traitements de données à caractère personnel permettant, en application de l'article L. 114-12, la communication par les organismes de sécurité sociale participant à la gestion de leurs assurés des informations nécessaires à l'exercice de ses missions. »

IV. – Les 4° et 5° de l'article L. 5141-1 du code du travail sont ainsi rétablis :

« 4° Les personnes âgées de 18 ans à moins de 26 ans ;

« 5° Les personnes de moins de 30 ans handicapées mentionnées à l'article L. 5212-13 ou qui ne remplissent pas la condition de durée d'activité antérieure pour ouvrir des droits à l'allocation d'assurance mentionnée à l'article L. 5422-1 ; ».

V. – Le I du présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le IV est applicable aux cotisations et aux contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

## **Article 22**

Par dérogation au I de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2015-682 du 18 juin 2015 relative à la simplification des déclarations sociales des employeurs, les employeurs ainsi que les tiers mandatés pour effectuer les déclarations sociales de ceux-ci transmettent pour la première fois une déclaration sociale nominative à des dates fixées par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2017, en fonction du montant annuel des cotisations versées ou des effectifs ainsi que de la qualité de déclarant ou de tiers déclarant.

### **Article 23**

Au troisième alinéa de l'article L. 752-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « articles », sont insérées les références : « L. 611-1, L. 611-2, ».

## CHAPITRE III

### **Dispositions relatives aux recettes et à la trésorerie des organismes de sécurité sociale**

### **Article 24**

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

A. – Après la référence : « L. 242-11 », la fin du dernier alinéa de l'article L. 131-7 est ainsi rédigée : « ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée au premier alinéa de l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3, dans leur rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2016. » ;

B. – L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du deuxième alinéa, le taux : « 53,5 % » est remplacé par le taux : « 61,1 % » ;

b) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 18 % » est remplacé par le taux : « 19,2 % » ;

c) Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« – à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 17,2 % ;

« – au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 2,5 % ; »

2° Le 7° est ainsi modifié :

a) À la fin du b, le taux : « 8,97 % » est remplacé par le taux : « 9,19 % » ;

b) Au f, les mots : « , aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau et de la Régie autonome des

transports parisiens » sont supprimés et le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,38 % » ;

C. – Le troisième alinéa de l'article L. 135-1 est supprimé ;

D. – L'article L. 135-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 135-2.* – Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse sont retracées dans trois sections distinctes.

« I. – La première section retrace :

« 1° Le financement des allocations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 643-1, au chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre VIII et à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

« 2° Les sommes représentatives de la prise en compte par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, dans la durée d'assurance :

« *a)* Des périodes mentionnées aux 1°, 3° et 8° de l'article L. 351-3 ;

« *b)* Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 1233-68, L. 5422-1, L. 5423-1, L. 5423-7 et L. 5423-8 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 5123-2 du même code et de la rémunération mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 1233-72 dudit code ;

« *c)* Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné à l'article L. 5123-6 du code du travail ;

« 3° Les sommes correspondant à la prise en compte par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 du présent code ;

« 4° Les dépenses mentionnées au I de l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;

« 5° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;

« 6° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et, selon des modalités de calcul fixées par décret, les sommes représentatives de la prise en compte au titre de la durée d'assurance, par le régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale mentionné à l'article 5 de cette ordonnance, des périodes définies à l'article 8 de ladite ordonnance ;

« 7° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base, dans le salaire de base mentionné à l'article L. 351-1, des indemnités journalières mentionnées au même article ;

« 8° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail ;

« 9° Le remboursement à la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon des dépenses correspondant à l'application au régime d'assurance vieillesse de cette collectivité, dans les conditions prévues par la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, des avantages non contributifs mentionnés aux 1° à 5°, 7° et 8° du présent I ;

« 10° Le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient.

« Les sommes mentionnées aux 2°, 5° et 7° sont calculées sur une base forfaitaire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« II. – La deuxième section retrace :

« 1° La prise en charge d'une fraction, fixée par décret, qui ne peut être inférieure à 50 %, des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ;

« 2° La prise en charge des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance

vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales des majorations de pensions pour conjoint à charge.

« III. – La troisième section retrace le montant, fixé par décret, des versements au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

« IV. – Les frais de gestion administrative du fonds sont répartis entre chacune des sections, dans des conditions fixées par décret. » ;

E. – L'article L. 135-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 135-3. – I.* – Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées au I de l'article L. 135-2 sont constituées par :

« 1° Une fraction, fixée au IV *bis* de l'article L. 136-8, du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

« 2° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;

« 3° Le produit du prélèvement mentionné à l'article 1600-0 S du code général des impôts.

« II. – Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées au II de l'article L. 135-2 du présent code sont constituées par :

« 1° Une fraction, fixée au 1° de l'article L. 131-8 du présent code, du produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts ;

« 2° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 du présent code ;

« 3° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions

ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

« 4° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail ;

« 5° Les sommes acquises à l'État en application du 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 6° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

« 7° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1710-1785 mégahertz, 1805-1880 mégahertz, 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques.

« III. – Sont retracés au sein de la troisième section du fonds les recettes qui ont été mises en réserve pour le financement des dépenses mentionnées au III de l'article L. 135-2 ainsi que les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.

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

F. – Les articles L. 135-3-1 et L. 135-4 sont abrogés ;

G. – L'article L. 136-8 est ainsi modifié :

1° Le IV est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « au I » est remplacée par les références : « aux 1° et 3° du I et aux II et III » ;

b) À la fin du 1°, le taux : « 0,87 % » est remplacé par le taux : « 0,85 % » ;

c) Les 2° et 3° sont abrogés ;

d) Le 4° est ainsi modifié :

– au premier alinéa, les mots : « les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « des conditions fixées par décret et en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime » ;

– au *a*, le taux : « 5,20 % » est remplacé par le taux : « 6,05 % » ;

– au *b*, le taux : « 4,80 % » est remplacé par le taux : « 5,75 % » ;

– le *c* est abrogé ;

– au *d*, le taux : « 3,90 % » est remplacé par le taux : « 4,75 % » ;

– au *e*, le taux : « 4,30 % » est remplacé par le taux : « 5,15 % » ;

*e)* Au 5°, le taux : « 0,48 % » est remplacé par le taux : « 0,60 % » et le taux : « 0,28 % » est remplacé par le taux : « 0,30 % » ;

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

« IV *bis*. – Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé :

« 1° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 7,6 % ;

« 2° À la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 %. » ;

3° Le V est ainsi modifié :

*a)* Les 2° et 3° sont abrogés ;

*b)* Le 4° est ainsi rédigé :

« 4° À la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour 82 %. » ;

H. – L'article L. 137-17 est ainsi rédigé :

« Art. L. 137-17. – Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est versé à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. » ;

I. – Le 5° de l'article L. 223-1 est ainsi rédigé :

« 5° De rembourser les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ; »

J. – Le II de l'article L. 245-16 est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est supprimé ;

2° À la fin du troisième alinéa, les mots : « d'assurance vieillesse des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « de solidarité pour l'autonomie » ;

3° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« – une part correspondant à un taux de 3,35 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1. » ;

K. – L'article L. 651-2-1 est ainsi modifié :

1° À la fin du 1°, le taux : « 13,3 % » est remplacé par le taux : « 27,3 % » ;

2° Le 3° est abrogé.

II. – Après le mot : « affecté », la fin du IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts est ainsi rédigée : « au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale. »

III. – Le chapitre X du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

A. – L'article L. 14-10-4 est ainsi modifié :

1° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du même code ; »

2° Le 4° est abrogé ;

B. – L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

1° Le *a* bis des 1 et 2 du I est abrogé ;

2° Au *a* du II, les mots : « , le produit mentionné au 4° du même article » et les mots : « de la contribution sociale généralisée » sont supprimés ;

3° Le dernier alinéa du III est supprimé ;

4° Les *a* bis et *b* bis du V sont abrogés.

IV. – L'article 6 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

1° Au 2°, la référence : « au IV » est remplacée par les références : « aux IV et IV *bis* » ;

2° Le 3° est abrogé.

V. – Le VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 est abrogé.

VI. – L'article 2 de l'ordonnance n° 2015-896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est abrogé.

VII. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux articles 135, 149 et 171 de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques.

VIII. – Les I et II de l'article 87 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 sont abrogés.

IX. – Le 1° du I de l'article 148 de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques est abrogé.

X. – A. – Les B, G, J et K du I ainsi que les II à IV s'appliquent aux produits des impositions assises sur les opérations dont le fait générateur intervient à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, à l'exception des dispositions relatives aux impositions sur les revenus du patrimoine, qui s'appliquent aux produits recouverts par la voie des rôles émis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

B. – Le A du I s'applique à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016.

C. – Les autres dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## **Article 25**

En 2016, il est prélevé, au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés créé par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une somme de 40 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2014, du fonds pour l'emploi hospitalier créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

## **Article 26**

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

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2015 » et les mots : « et dans la limite de 10 milliards par an » sont supprimés ;

b) Après le mot : « décret », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « , peuvent faire l'objet d'acomptes provisionnels. » ;

2° Au second alinéa, les mots : « les plafonds qui y sont cités » sont remplacés par les mots : « le plafond qui y est cité ».

## **Article 27**

Au 3° du II *bis* de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, le taux : « 7 % » est remplacé par le taux : « 14 % ».

## CHAPITRE IV

### **Dispositions relatives à l'architecture financière de la sécurité sociale**

#### **Article 28**

I. – L'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale bénéficie aux personnes exerçant une activité économique réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

II. – Un décret fixe les modalités d'application du I du présent article. Il définit notamment la liste des activités éligibles, les modalités de déclaration de l'activité à l'organisme consulaire concerné, la durée maximale de l'affiliation prévue au I ainsi que les conditions d'agrément et de rémunération des associations. Il fixe également le montant des revenus tirés de l'activité visée en deçà duquel est ouvert le bénéfice de l'affiliation prévue au I.

III. – Le présent article est applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 et jusqu'au 31 décembre 2018, quelle que soit la date à laquelle le contrat d'accompagnement a été conclu durant cette période.

IV. – Avant le 1<sup>er</sup> septembre 2016, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation.

#### **Article 29**

Le II de l'article 10 de la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social est ainsi modifié :

1° Les mots : « au 1<sup>er</sup> juillet de l'année en cours » sont supprimés ;

2° Les mots : « aux régimes d'assurance maladie-maternité et d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés » sont remplacés par les mots : « au régime de sécurité sociale dont relèvent les travailleurs indépendants ».

#### **Article 30**

I. – À compter d'une date fixée par décret, comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 1<sup>er</sup> janvier 2018 inclus :

1° Les salariés et anciens salariés du grand port maritime de Bordeaux ainsi que leurs ayants droit sont, pour les risques maladie, maternité et décès antérieurement couverts par le régime spécial du grand port maritime de Bordeaux, affiliés ou pris en charge, à l'exception des prestations en espèces prévues aux articles L. 321-1 et L. 331-3 du code de la sécurité sociale, par le régime général de la sécurité sociale, dans la limite des règles qui lui sont propres. Le premier alinéa de l'article L. 131-9 du même code leur est applicable ;

2° Il est mis fin au régime spécial mentionné au 1°. Le montant de ses résultats cumulés qui est transféré à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget compte tenu, après examen contradictoire, de la part des résultats cumulés afférente au régime obligatoire constatée au 31 décembre de l'année précédant la date mentionnée au premier alinéa du présent I.

II. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de mise en œuvre du transfert prévu au I, notamment les adaptations des règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres I<sup>er</sup> à III et VI du livre III du code de la sécurité sociale rendues nécessaires par ce transfert.

Un décret pris après consultation des organisations syndicales représentatives des salariés du port et après avis du conseil de surveillance du grand port maritime de Bordeaux, détermine, pour une période transitoire ne pouvant excéder dix ans à compter de la date de transfert mentionnée au premier alinéa du I, le taux des cotisations dues chaque année par le grand port maritime de Bordeaux, à raison de l'affiliation au régime général de sécurité sociale de ses salariés, permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation mentionné à l'article L. 712-9 du code de la sécurité sociale. Ce décret fixe l'échelonnement du taux des cotisations en tenant compte de l'impact de l'intégration du régime spécial mentionné au I sur les prestations spécifiques versées antérieurement à la date du transfert en complément des prestations mentionnées à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et sur la couverture complémentaire des salariés du grand port maritime de Bordeaux mentionnée à l'article L. 911-7 du même code.

Les organisations syndicales représentatives des salariés du grand port maritime de Bordeaux sont également consultées sur les modalités de gestion des prestations servies aux salariés du grand port maritime de Bordeaux, ainsi que sur la situation des salariés de la Caisse de prévoyance du port de Bordeaux. Les salariés de la Caisse de prévoyance du port de Bordeaux dont l'emploi ne serait pas maintenu compte tenu du transfert du

régime spécial mentionné au I au régime général sont réintégrés au sein du grand port maritime de Bordeaux. À leur demande, leur contrat de travail peut être repris par la caisse primaire d'assurance maladie de Gironde.

Une négociation est engagée par le grand port maritime de Bordeaux en vue de déterminer les modalités de versement des prestations spécifiques qui intervenaient antérieurement à la date du transfert en complément des prestations mentionnées à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale. Celles-ci peuvent, le cas échéant, être prises en charge dans le cadre de la couverture mentionnée à l'article L. 911-7 du même code. À défaut d'accord d'entreprise à la date du transfert fixé au I, ces modalités sont définies par décision unilatérale de l'employeur.

### **Article 31**

I. – Après le 32° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, sont insérés des 33° et 34° ainsi rédigés :

« 33° Les gens de mer salariés définis au 4° de l'article L. 5511-1 du code des transports, à l'exclusion des marins définis au 3° du même article, qui remplissent les conditions prévues au 2° de l'article L. 5551-1 du même code ;

« 34° Les gens de mer salariés employés à bord d'un navire mentionné à l'article L. 5561-1 du code des transports, sous réserve qu'ils ne soient soumis ni au régime spécial de sécurité sociale des marins ni au régime de protection sociale d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France. »

II. – L'article L. 5551-1 du code des transports est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5551-1.* – Sont affiliés au régime d'assurance vieillesse des marins, lorsqu'ils exercent une activité directement liée à l'exploitation du navire, au sens de l'article L. 5511-1 :

« 1° Les gens de mer embarqués sur un navire battant pavillon français et exerçant leur activité dans les secteurs du commerce, de la pêche et des cultures marines et de la plaisance professionnelle ;

« 2° Dans le respect de la convention du travail maritime, adoptée à Genève le 7 février 2006, les gens de mer embarqués sur un navire battant pavillon d'un État étranger autre qu'un navire mentionné à l'article L. 5561-1 et qui résident en France de manière stable et régulière, sous

réserve qu'ils ne soient pas soumis à la législation de sécurité sociale d'un État étranger en application des règlements de l'Union européenne ou d'accords internationaux de sécurité sociale.

« Les conditions d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. »

III. – Les I et II du présent article, à l'exception du 34° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

### **Article 32**

I. – Le titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – Le chapitre IV est ainsi modifié :

1° La section 1 est ainsi modifiée :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Relations financières entre les régimes d'assurance vieillesse » ;

b) Il est ajouté un article L. 134-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 134-3.* – Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et des produits :

« 1° Des branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 611-2 ;

« 2° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ;

« 3° Des risques vieillesse et veuvage de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime.

« Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 2° du présent article.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. » ;

2° La section 2 est ainsi modifiée :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Relations financières entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et les autres régimes » ;

b) La division et l'intitulé de la sous-section 1 sont supprimés ;

c) L'article L. 134-3 est abrogé ;

d) L'article L. 134-4 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 134-4.* – Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et produits :

« 1° De la branche mentionnée au 1° de l'article L. 611-2 ;

« 2° De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des charges relatives aux indemnités journalières mentionnées aux articles L. 732-4 et L. 762-18-1 du même code et des frais de gestion et de contrôle médical associés à ces indemnités ainsi que des produits relatifs aux cotisations qui couvrent ces indemnités et ces frais ;

« 3° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime ;

« 4° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès des régimes mentionnés à l'article L. 711-1 du présent code ; pour ces régimes, il est fait un suivi des dépenses n'entrant pas dans le champ de l'article L. 160-1.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. » ;

e) L'article L. 134-5 est abrogé ;

3° La section 3 est ainsi modifiée :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Relations financières entre régimes au titre de la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles » ;

b) L'article L. 134-5-1 est abrogé ;

c) Les articles L. 134-7, L. 134-8, L. 134-10, L. 134-11 et L. 134-15 sont transférés dans cette section ;

4° L'article L. 134-6 devient l'article L. 721-2 du code rural et de la pêche maritime et est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés et, après les mots : « sont retracés », sont insérés

les mots : « , dans les conditions fixées aux articles L. 134-3 et L. 134-4 du code de la sécurité sociale, » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

5° La division et l'intitulé de la section 4, des sous-sections 1 et 2 de la section 4 et des sections 4 *bis*, 5 et 7 sont supprimés ;

6° Les articles L. 134-11-1, L. 134-12 et L. 134-13 sont abrogés ;

B. – Le chapitre IX est abrogé.

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

A. – L'article L. 221-1 est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :

« 1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. À ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ; »

2° Le 8° est abrogé ;

B. – La section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du titre IV est ainsi modifiée :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Maladie, maternité, invalidité, décès » ;

2° La division et l'intitulé de la sous-section 1 sont supprimés ;

3° L'article L. 241-1 est abrogé ;

4° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par six alinéas ainsi rédigés :

« I. – La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1, des prestations mentionnées aux titres II à IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges

de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées aux II à IV du présent article centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations.

« II. – Les ressources mentionnées au I sont constituées de cotisations acquittées, dans chacun des régimes :

« 1° Par les salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que par leurs employeurs. Ces cotisations sont assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ;

« 2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ;

« 3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380-2 et L. 380-3-1.

« III. – Les ressources mentionnées au I du présent article sont constituées, en outre, de cotisations assises sur : » ;

b) Le quatrième alinéa est supprimé ;

c) Au début du cinquième alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – » ;

d) Le 8° est ainsi rédigé :

« 8° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ; »

e) Il est ajouté un 9° ainsi rédigé :

« 9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8. » ;

5° Au 1° de l'article L. 242-10, les références : « du deuxième alinéa de l'article L. 241-2, des articles L. 241-3, L. 241-6 » sont remplacées par la référence : « des articles L. 242-4-4 » ;

6° La sous-section 2 devient la section 1 *bis* et son intitulé est ainsi rédigé : « Vieillesse – Veuvage ».

III. – Le titre VIII du livre III du même code est ainsi modifié :

A. – L'article L. 380-1 est abrogé ;

B. – L'article L. 380-2 est ainsi modifié :

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

« Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 sont redevables d'une cotisation annuelle lorsqu'elles remplissent les conditions suivantes :

« 1° Leurs revenus tirés, au cours de l'année considérée, d'activités professionnelles exercées en France sont inférieurs à un seuil fixé par décret. En outre, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, les revenus tirés d'activités professionnelles exercées en France de l'autre membre du couple sont également inférieurs à ce seuil ;

« 2° Elles n'ont perçu ni pension de retraite, ni rente, ni aucun montant d'allocation de chômage au cours de l'année considérée. Il en est de même, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, pour l'autre membre du couple. » ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « revenus », sont insérés les mots : « fonciers, de capitaux mobiliers, des plus-values de cession à titre onéreux de biens ou de droits de toute nature, des bénéfices industriels et commerciaux non professionnels et des bénéfices des professions non commerciales non professionnels » et les mots : « le plafond mentionné au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « un plafond fixé par décret » ;

3° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les revenus d'activité mentionnés au 1° sont inférieurs au seuil défini au même 1° mais supérieurs à la moitié de ce seuil, l'assiette de la cotisation fait l'objet d'un abattement dans des conditions fixées par décret. Cet abattement croît à proportion des revenus d'activité, pour atteindre 100 % à hauteur du seuil défini audit 1°. » ;

4° Au troisième alinéa, après le mot : « recouvrée », sont insérés les mots : « l'année qui suit l'année considérée, mentionnée aux 1° et 2° du présent article, » ;

5° Les quatrième et avant-dernier alinéas sont supprimés ;

6° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-2 les informations nominatives déclarées pour l'établissement de l'impôt sur le revenu par les personnes remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 380-2, conformément à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales. » ;

C. – À la fin du premier alinéa de l'article L. 380-3-1, la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-1 » ;

D. – L'article L. 381-4 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 381-4.* – La présente section est applicable aux élèves et aux étudiants des établissements d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et des classes du second degré préparatoires à ces écoles qui ne dépassent pas un âge limite fixé par décret. » ;

E. – L'article L. 381-8 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 381-8.* – Les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381-4 sont redevables, au titre de chaque période annuelle dont les dates sont fixées par décret, d'une cotisation forfaitaire dont le montant est fixé par arrêté interministériel et est revalorisé annuellement par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25, après consultation des associations d'étudiants.

« Ils ne sont pas redevables de la cotisation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 380-2.

« Sont exonérés de la cotisation prévue au premier alinéa du présent article les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381-4 qui satisfont à l'un des critères suivants :

« 1° Être titulaire d'une bourse de l'enseignement supérieur ;

« 2° Être âgé de moins de vingt ans sur la totalité de la période mentionnée au premier alinéa du présent article ;

« 3° Exercer une activité professionnelle. »

IV. – À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 382-15 du même code, la référence : « l'article L. 380-1 » est remplacée par les mots : « la condition de résidence mentionnée à l'article L. 160-1 ».

V. – Le I de l'article L. 133-6-8 du même code, dans sa rédaction résultant de l'article 24 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, est ainsi modifié :

1° Au 1°, la référence : « L. 612-4, » est supprimée ;

2° Au 2°, la référence : « du deuxième alinéa de l'article L. 612-4, » est supprimée.

VI. – Le deuxième alinéa de l'article L. 612-4 du même code est supprimé.

VII. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 613-8 du même code, après le mot : « doit », sont insérés les mots : « justifier d'une période minimale d'affiliation ainsi que du paiement d'un montant minimal de cotisations et ».

VIII. – La seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 713-21 et la seconde phrase de l'article L. 715-2 du même code sont supprimées.

IX. – Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° À la première phrase du 3° du I de l'article L. 722-5 et au second alinéa de l'article L. 722-6, les mots : « aux cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité » sont remplacés par les mots : « à la cotisation d'assurance vieillesse prévue au 1° de l'article L. 731-42 » ;

2° À la fin du 2° de l'article L. 731-2, les mots : « déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code » sont remplacés par les mots : « en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime » ;

3° À l'article L. 731-11, le mot : « maladie, » et le mot : « , maternité » sont supprimés ;

4° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 731-35 est ainsi rédigée :

« Leurs taux sont fixés par décret. »

X. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reprend les déficits constatés au 31 décembre 2015 du régime d'assurance maladie de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines selon des modalités fixées par décret.

XI. – Les I à III, VII, VIII et X entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les V, VI et IX s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## CHAPITRE V

### **Dispositions contribuant à l'organisation et au financement de l'assurance maladie**

#### **Article 33**

I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le chapitre IV devient le chapitre V et l'article L. 864-1 devient l'article L. 865-1 ;

2° Il est rétabli un chapitre IV ainsi rédigé :

#### *« CHAPITRE IV*

#### *« Dispositions relatives à la couverture complémentaire santé des personnes âgées de soixante-cinq ans et plus*

« *Art. L. 864-1.* – Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 les contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, les contrats collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé, labellisés en application de l'article L. 864-2 et qui sont souscrits par des personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans auprès d'un des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4.

« L'octroi du label vise à identifier des contrats offrant, à des prix accessibles, des garanties adaptées à la situation des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article.

« Le montant annuel du crédit d'impôt est égal à 1 % des primes, hors taxes, acquittées par les personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. Les modalités d'imputation de ce crédit d'impôt, dont le montant ne peut dépasser, pour chaque échéance, celui de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4, sont définies par décret en Conseil d'État.

« Le crédit d'impôt prévu au présent article n'est pas cumulable avec le bénéfice des articles L. 861-1 et L. 863-1.

« *Art. L. 864-2.* – Bénéficient d'un label les contrats souscrits par des personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans auprès d'un des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4, lorsque ces contrats :

« 1° Proposent des garanties au moins équivalentes à des niveaux déterminés pour un prix, hors taxes, inférieur à des seuils fixés, en fonction de l'âge des assurés et du niveau des garanties proposées. Ces niveaux de garanties et ces seuils de prix sont fixés par décret, pris après consultation de l'Autorité de la concurrence et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;

« 2° Respectent les conditions fixées à l'article L. 871-1.

« La liste des contrats respectant les critères mentionnés aux trois premiers alinéas du présent article est rendue publique, dans des conditions et délais fixés par décret en Conseil d'État, après transmission à l'autorité compétente, par les organismes proposant ces contrats, des éléments permettant de justifier du respect de ces mêmes critères.

« Les seuils mentionnés au 1° sont revalorisés annuellement en fonction de l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année antérieure.

« Les organismes proposant des contrats mentionnés au premier alinéa sont tenus de transmettre à l'autorité compétente les modifications apportées à ces contrats et, au moins annuellement, leurs prix.

« Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du présent article, notamment le délai dans lequel interviennent les consultations mentionnées au 1°, ainsi que le nombre de niveaux de garanties mentionnés au même 1°. » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 862-1, les mots : « du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 » sont remplacés par les mots : « des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1 » ;

4° Au *b* de l'article L. 862-2, les mots : « gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1 ».

II. – Les articles L. 862-1, L. 862-2, L. 864-1 et L. 864-2 du code de la sécurité sociale, tels qu'ils résultent du I, s'appliquent aux contrats prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

## Article 34

I. – Après les mots : « que ces garanties », la fin du 2° de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « soient conformes aux dispositions de l'article L. 871-1. Le sixième et le présent alinéas sont applicables aux versements de l'employeur mentionnés à l'article L. 911-7-1. »

II. – L'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du I, la référence : « au II » est remplacée par les références : « aux II et III » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Au 1°, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

b) La deuxième phrase du cinquième alinéa est supprimée ;

c) La dernière phrase du même cinquième alinéa devient le IV et, au début, le mot : « II » est remplacé par les mots : « Un décret » ;

d) Le dernier alinéa est ainsi modifié :

– au début, est ajoutée la mention : « III. – » ;

– à la fin de la première phrase, les mots : « cette couverture » sont remplacés par les mots : « la couverture collective à adhésion obligatoire des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident » ;

– la seconde phrase est supprimée ;

e) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à un seuil fixé par décret et s'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. Cette durée s'apprécie à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et sans prise en compte de l'application, le cas échéant, de l'article L. 911-8.

« Un décret fixe, en outre, les catégories de salariés pouvant se dispenser, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. »

III. – Après le même article L. 911-7, il est inséré un article L. 911-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 911-7-1.* – I. – La couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés en contrat à durée déterminée, en contrat de mission ou à temps partiel mentionnés au présent article est assurée, dans les cas prévus aux II et III, par le biais d'un versement, par leur employeur, d'une somme représentative du financement résultant de l'application des articles L. 911-7 et L. 911-8, et qui s'y substitue alors.

« II. – Ce versement est conditionné à la couverture de l'intéressé par un contrat d'assurance maladie complémentaire portant sur la période concernée et respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. Le salarié justifie de cette couverture. Ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice d'une couverture complémentaire au titre de l'article L. 861-3, d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l'article L. 863-1, d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

« Un décret détermine les modalités selon lesquelles est fixé le montant de ce versement, en fonction du financement mis en œuvre en application des articles L. 911-7 et L. 911-8, de la durée du contrat et de la durée de travail prévue par celui-ci.

« III. – Un accord de branche peut prévoir que l'obligation de couverture des risques mentionnée au I du présent article et, le cas échéant, l'obligation mentionnée à l'article L. 911-8 sont assurées selon les seules modalités mentionnées au II du présent article pour les salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par celui-ci est inférieure à des seuils fixés par cet accord, dans la limite de plafonds fixés par décret.

« En l'absence d'accord de branche relatif à la couverture mentionnée au I de l'article L. 911-7 ou lorsque celui-ci le permet, un accord d'entreprise peut également comporter les dispositions mentionnées au premier alinéa du présent III.

« IV. – Les salariés ayant fait valoir la faculté de dispense prévue au deuxième alinéa du III de l'article L. 911-7 ont droit au versement mentionné au I du présent article. »

IV. – Le I de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa des A et B, les mots : « pour la couverture minimale mentionnée au II » sont remplacés par les mots : « celles mentionnées aux II et III » ;

2° Le 4° du A est abrogé.

V. – A. – Les I à IV entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

B. – Jusqu'au 31 décembre 2016, l'employeur peut, par décision unilatérale, assurer la couverture en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés mentionnés au III de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues au II du même article.

Le premier alinéa du présent B n'est pas applicable lorsque les salariés mentionnés au III dudit article L. 911-7-1 sont déjà couverts à titre collectif et obligatoire en application de l'article L. 911-1 du même code.

### **Article 35**

Le Gouvernement présente au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur les conditions d'extension aux travailleurs handicapés accueillis dans les établissements ou services relevant du *a* du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles du bénéfice de la couverture minimale prévue à l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

### **Article 36**

À la fin du III de l'article 4 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année : « 2016 ».

### Article 37

Pour l'année 2016, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 700 millions d'euros et le taux L mentionné aux articles L. 138-10 et L. 138-12 du même code est fixé à -1 %.

## TITRE II

### CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

### Article 38

Est approuvé le montant de 3,5 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

### Article 39

Pour l'année 2016, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

*(En milliards d'euros)*

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Objectifs de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie .....	194,9	201,1	-6,2
Vieillesse.....	228,7	227,8	0,9
Famille .....	48,8	49,6	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles .....	14,0	13,4	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	472,8	478,3	-5,6

### Article 40

Pour l'année 2016, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie .....	171,7	177,9	-6,2
Vieillesse.....	123,6	123,1	0,5
Famille .....	48,8	49,6	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles .....	12,5	12,0	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	344,0	350,0	-6,0

### Article 41

I. – Pour l'année 2016, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	16,4	20,1	-3,7

II. – Pour l'année 2016, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 14,2 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2016, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées .....	0
<b>Total</b> .....	<b>0</b>

IV. – Pour l'année 2016, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes .....	0
<b>Total</b> .....	<b>0</b>

## Article 42

I. – Sont habilités en 2016 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

*(En millions d'euros)*

	<b>Montants limites</b>
Agence centrale des organismes de sécurité sociale – période du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 juillet 2016.....	40 000
Agence centrale des organismes de sécurité sociale – période du 1 <sup>er</sup> août au 31 décembre 2016.....	30 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole .....	3 950
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines – période du 1 <sup>er</sup> au 31 janvier 2016.....	1 050
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines – période du 1 <sup>er</sup> février au 31 décembre 2016.....	350
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français.....	350
Caisse nationale des industries électriques et gazières.....	250

II. – Le 1<sup>o</sup> de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et au régime d'assurance vieillesse du régime spécial de sécurité sociale dans les mines ».

## Article 43

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2016 à 2019), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

QUATRIÈME PARTIE  
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES  
POUR L'EXERCICE 2016**

TITRE I<sup>ER</sup>

**DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE**

**Article 44**

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

1° L'article L. 523-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, après le mot : « trouvent, », sont insérés les mots : « , s'ils sont considérés comme tels, au regard de conditions fixées par décret, comme étant » ;

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

« 4° Tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, s'acquittent intégralement de leur obligation d'entretien ou du versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice, lorsque le montant correspondant est inférieur à celui de l'allocation de soutien familial. Dans ce cas, une allocation de soutien familial différentielle est versée. Les modalités d'application du présent 4°, notamment les conditions dans lesquelles, en l'absence de décision de justice préalable, le montant de l'obligation d'entretien pris en compte pour le calcul de l'allocation de soutien familial différentielle est retenu, sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

2° L'article L. 581-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas prévu au 4° de l'article L. 523-1, l'allocation différentielle n'est pas recouvrée et demeure acquise au créancier. »

II. – L'article L. 213-4 du code des procédures civiles d'exécution est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable aux termes échus de la pension alimentaire pour les vingt-quatre

derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de vingt-quatre mois. »

III. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 3252-5 du code du travail, après les mots : « pensions alimentaires », sont insérés les mots : « ou des vingt-quatre derniers mois lorsque l'organisme débiteur des prestations familiales agit pour le compte du créancier ».

IV. – Le présent article est applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

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

### **Article 45**

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

1° L'article L. 212-1 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

b) À la fin du second alinéa, les mots : « et aux personnels de l'État » sont supprimés ;

2° L'article L. 755-10 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « fonctionnaires », sont insérés les mots : « de l'État et des fonctions publiques hospitalière et territoriale » ;

3° L'article L. 755-10-1 est abrogé.

II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

III. – Les I et II sont applicables à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

IV. – L'article 7 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes prises pour le rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale est abrogé.

## Article 46

I. – L'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi modifié :

1° Au 1°, la référence : « du 6°, » est supprimée ;

2° Après le 5°, il est inséré un 5° *bis* ainsi rédigé :

« 5° *bis* Articles L. 523-1 à L. 523-3 ; »

3° Le 6° est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« 6° Articles L. 531-1 à L. 531-10 sous réserve des adaptations suivantes : » ;

b) Les *a* à *c* sont abrogés ;

c) Il est ajouté un *e* ainsi rédigé :

« *e*) Au début du premier alinéa de l'article L. 531-8, les mots : “les caisses versent” sont remplacés par les mots : “la Caisse de prévoyance sociale verse” ; »

4° À la fin du 9°, les mots : « , à l'exception du dernier alinéa » sont supprimés ;

5° Après la première occurrence de la référence : « L. 551-1 », la fin du 11° est supprimée ;

6° À la fin du *d* du 13°, les mots : « les deux derniers alinéas sont supprimés » sont remplacés par les mots : « l'avant-dernier alinéa est supprimé » ;

7° Après le 14°, il est inséré un 14° *bis* ainsi rédigé :

« 14° *bis* Articles L. 581-1 à L. 581-10 sous réserve des adaptations suivantes :

« *a*) Au début de l'article L. 581-1, les mots : “les organismes et services auxquels incombe le service des prestations familiales sont habilités à apporter leur aide” sont remplacés par les mots : “La Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon est habilitée à apporter son aide” ;

« b) Au début de la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 581-2, les mots : "L'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé" sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale est subrogée" ;

« c) Aux deux derniers alinéas de l'article L. 581-3 et au premier alinéa de l'article L. 581-4, les mots : "l'organisme débiteur des prestations familiales" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale" ;

« d) Au début de la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 581-4, les mots : "L'organisme débiteur demeure subrogé" sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale demeure subrogée" ;

« e) Au début du troisième alinéa et à la fin du dernier alinéa de l'article L. 581-4, à la première phrase de l'article L. 581-7, à la première phrase du deuxième alinéa et à la fin du sixième alinéa de l'article L. 581-10, les mots : "l'organisme débiteur de prestations familiales" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale" ;

« f) Au premier alinéa de l'article L. 581-5, les mots : "l'organisme débiteur" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale" ;

« g) Au premier alinéa de l'article L. 581-6, les mots : "des organismes débiteurs de prestations familiales" sont remplacés par les mots : "de la Caisse de prévoyance sociale" ;

« h) À la première phrase de l'article L. 581-7 et aux deuxième et avant-dernier alinéas de l'article L. 581-10, les mots : "représentant de l'État dans le département" sont remplacés par les mots : "représentant de l'État dans la collectivité" ;

« i) À l'article L. 581-8, les mots : "Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent" sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale peut" et le mot : "leur" est remplacé par le mot : "lui" ;

« j) L'article L. 581-9 est ainsi modifié :

« – à la première phrase, les mots : "Les caisses d'allocations familiales sont habilitées à consentir sur leur" sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale est habilitée à consentir sur son" ;

« – à la seconde phrase, les mots : "Elles sont alors subrogées" sont remplacés par les mots : "Elle est alors subrogée" ;

« k) L'article L. 581-10 est ainsi modifié :

« – au premier alinéa, les mots : “les organismes débiteurs de prestations familiales peut être confié, pour le compte de ces organismes” sont remplacés par les mots : “la Caisse de prévoyance sociale peut être confié, pour le compte de cet organisme” ;

« – au troisième alinéa, les mots : “Dès qu’ils ont saisi le représentant de l’État dans le département, les organismes débiteurs de prestations familiales ne peuvent plus, jusqu’à ce qu’ils soient informés” sont remplacés par les mots : “Dès qu’elle a saisi le représentant de l’État dans la collectivité, la Caisse de prévoyance sociale ne peut plus, jusqu’à ce qu’elle soit informée” et le mot : “leur” est remplacé par le mot : “sa” ;

« – à l’avant-dernier alinéa, les mots : “ d’allocations familiales” sont remplacés par les mots : “ de prévoyance sociale” ;

« – au début du dernier alinéa, les mots : “Lorsqu’un organisme débiteur de prestations familiales” sont remplacés par les mots : “Lorsque la Caisse de prévoyance sociale” ; ».

II. – Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

#### **Article 47**

Pour l’année 2016, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,6 milliards d’euros.

### **TITRE II**

#### **DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE**

#### **Article 48**

I. – Le *a* du 8° de l’article L. 5552-16 du code des transports est ainsi rédigé :

« *a*) Un revenu de remplacement, une allocation ou une rémunération mentionnés au 2° de l’article L. 351-3 du code de la sécurité sociale ; ».

II. – Le I s’applique au titre des pensions liquidées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## **Article 49**

Pour l'année 2016, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 227,8 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 123,1 milliards d'euros.

## **Article 50**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-22 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « procurant des revenus qui, ajoutés aux pensions servies par le régime général de sécurité sociale, le régime des salariés agricoles ou l'un des régimes spéciaux de retraite au sens de l'article L. 711-1 » sont remplacés par les mots : « relevant du régime général de sécurité sociale, du régime des salariés agricoles ou de l'un des régimes spéciaux de retraite au sens de l'article L. 711-1 et procurant des revenus qui, ajoutés aux pensions servies par ces mêmes régimes » ;

b) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Lorsque l'addition des revenus et pensions mentionnés au deuxième alinéa est supérieure au plafond mentionné au même alinéa, l'assuré en informe la ou les caisses compétentes et chacune des pensions servies par ces régimes est réduite à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret. » ;

2° L'article L. 634-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « activité », sont insérés les mots : « relevant des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales et » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « activité », sont insérés les mots : « mentionnée au premier alinéa » et les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « au même alinéa » ;

3° L'article L. 643-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « activité », sont insérés les mots : « relevant du régime d'assurance vieillesse des professions libérales et » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « activité », sont insérés les mots : « mentionnée au premier alinéa » et les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « au même alinéa ».

### **Article 51**

Après le III de l'article L. 173-1-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, sont insérés des III *bis* et III *ter* ainsi rédigés :

« III *bis*. – Le présent article est applicable aux assurés nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1953.

« III *ter*. – Le II du présent article est également applicable aux pensions de réversion lorsque les pensions de vieillesse de droit propre du conjoint décédé ou disparu ont ou auraient relevé du présent article. »

### **Article 52**

L'article L. 351-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.

### **Article 53**

Après l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 351-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 351-3-1.* – Le 1° de l'article L. 351-3 n'est pas applicable aux personnes détachées en France qui relèvent d'un accord international de sécurité sociale et qui ne sont pas affiliées à un régime français de retraite obligatoire. »

#### **Article 54**

La première phrase du 5° de l'article L. 742-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Après le mot : « affiliés », sont insérés les mots : « en dernier lieu et » ;

2° Sont ajoutés les mots : « , ne peuvent prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale ».

#### **Article 55**

L'article 19 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites est complété par un XI ainsi rédigé :

« XI. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités particulières d'application du présent article pour les anciens agents, relevant du régime de retraite des mines, d'une des entreprises minières ou ardoisières mentionnées au titre I<sup>er</sup> de la loi n° 2004-105 du 3 février 2004 portant création de l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs et diverses dispositions relatives aux mines, lorsque l'entreprise a cessé définitivement son activité ou a été mise en liquidation avant le 31 décembre 2015. »

#### **Article 56**

Avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de revalorisation du montant de la pension de retraite du régime des cultes.

### TITRE III

## **DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES**

### **Article 57**

I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 430 millions d'euros au titre de l'année 2016.

II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 600 millions d'euros au titre de l'année 2016.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d'euros au titre de l'année 2016.

### **Article 58**

Pour l'année 2016, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,4 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,0 milliards d'euros.

### TITRE IV

## **DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE**

### CHAPITRE I<sup>er</sup>

#### **Amélioration de l'accès aux droits**

### **Article 59**

I. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 111-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-1.* – La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

« Elle assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille.

« Elle garantit les travailleurs contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés à un ou plusieurs régimes obligatoires.

« Elle assure la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre du présent code, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens. » ;

2° Les deux premiers alinéas du I de l'article L. 111-2-1 sont ainsi rédigés :

« I. – La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale.

« La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection. » ;

3° L'article L. 111-2-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-2-2.* – Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quel que soit leur lieu de résidence, toutes les personnes :

« 1° Qui exercent sur le territoire français :

« *a)* Une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France ;

« *b)* Une activité professionnelle non salariée ;

« 2° Qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales. » ;

4° Il est ajouté un article L. 111-2-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-2-3.* – Un décret en Conseil d'État précise, sans préjudice des règles particulières applicables au service des prestations ou des allocations, les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour mentionnées à l'article L. 111-1. »

II. – Le même livre I<sup>er</sup> est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-10, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « , le contrôle du respect des conditions de résidence » ;

2° Après l'article L. 114-10, il est inséré un article L. 114-10-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-10-1.* – Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale organisent le contrôle du respect des conditions de résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, réalisé à partir des vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale. » ;

3° L'article L. 115-7 devient l'article L. 114-10-2 et, à la première phrase du premier alinéa, les mots : « le versement » sont remplacés par les mots : « l'attribution » ;

4° Après l'article L. 114-10-2, tel qu'il résulte du 3° du présent II, il est inséré un article L. 114-10-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-10-3.* – I. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie établit un référentiel, homologué par l'État, précisant les modalités de contrôle appliquées par les organismes assurant la prise en charge des frais de santé, prévue à l'article L. 160-1, pour garantir le respect des conditions requises pour en bénéficier, notamment celles prévues aux articles L. 114-10-1 et L. 114-10-2. Ce référentiel distingue les procédés de contrôle faisant appel à des échanges d'informations et ceux nécessitant un contrôle direct auprès des assurés sociaux.

« II. – Lorsqu'un organisme constate, après avoir procédé aux vérifications nécessaires, qu'une personne n'a pas droit à la prise en charge des frais de

santé par la sécurité sociale, elle lui notifie son constat et l'invite à présenter ses observations. La personne fait connaître à l'organisme ses observations et fournit, le cas échéant, les pièces justificatives nécessaires au maintien de ses droits. Si les observations présentées et les pièces produites sont insuffisantes pour justifier le maintien des droits ou en l'absence de réponse de l'intéressé, il est mis fin au service des prestations. La personne concernée en est préalablement informée.

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

5° L'article L. 114-12 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les mots : « , notamment à pension de vieillesse » sont supprimés ;

b) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Permettent d'établir le respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations. » ;

6° À la fin de la première phrase du neuvième alinéa de l'article L. 114-12-1, les mots : « ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir » sont remplacés par les mots : « l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir, ainsi que les informations permettant d'attester du respect des conditions de résidence » ;

7° Après l'article L. 114-12-3, il est inséré un article L. 114-12-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-12-4. – Dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les organismes et administrations mentionnés aux articles L. 114-12 et L. 114-14 procèdent à des échanges d'informations strictement nécessaires au contrôle du respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations, en utilisant le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques mentionné à l'article L. 114-12-1. » ;

8° L'article L. 162-1-14 devient l'article L. 114-17-1 et, au 2° du II, après le mot : « justifiant », sont insérés les mots : « l'ouverture de leurs droits et ».

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

1° Au début du titre VI du livre I<sup>er</sup>, il est ajouté un chapitre préliminaire intitulé : « Dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé » ;

2° Au même chapitre préliminaire, est insérée une section 1 intitulée : « Dispositions relatives aux bénéficiaires » et comprenant les articles L. 160-1 à L. 160-7, tels qu'ils résultent des 3° à 6° du présent III ;

3° À la même section 1, sont insérés des articles L. 160-1 à L. 160-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 160-1.* – Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées au présent livre.

« L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence en France sont appréciées selon les règles prévues, respectivement, aux articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3.

« *Art. L. 160-2.* – Par dérogation à l'article L. 160-1, bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé en tant qu'ayants droit d'un assuré social les enfants n'exerçant pas d'activité professionnelle qui sont à sa charge, à condition que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie ou qu'ils soient pupilles de la Nation dont l'assuré est tuteur ou enfants recueillis.

« Le statut d'ayant droit prend fin dans l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de sa majorité, à la date du premier jour de la période mentionnée à l'article L. 381-8, que l'enfant poursuive ou non des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4.

« L'enfant qui a atteint l'âge de seize ans peut demander, selon des modalités fixées par décret, à bénéficier, à titre personnel, de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

« L'enfant qui, ayant atteint l'âge de seize ans, poursuit des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés au même article L. 381-4 bénéficie automatiquement de la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel.

« Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient,

pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie ou de maternité.

« *Art. L. 160-3.* – Lorsqu'ils résident à l'étranger et n'exercent pas d'activité professionnelle, bénéficient, lors de leurs séjours temporaires en France, de la prise en charge de leurs frais de santé prévue à l'article L. 160-1, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit à cette prise en charge ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 161-22-2 :

« 1° Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse ou d'une pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français ;

« 2° Les titulaires d'une rente ou d'une allocation allouée en application de dispositions législatives sur les accidents du travail et les maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles ;

« 3° Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français ;

« 4° Les personnes mentionnées à l'article L. 117-3 du code de l'action sociale et des familles.

« En cas d'hospitalisation, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Lorsque la prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent article est prévue par les règlements européens ou les accords internationaux, elle est étendue, dans les conditions prévues par ces règlements ou accords, aux soins de santé reçus à l'étranger par les titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnés aux 1° à 4°.

« *Art. L. 160-4.* – Bénéficient également de la prise en charge des frais de santé lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle en France :

« 1° Les membres de la famille qui accompagnent les travailleurs détachés temporairement à l'étranger depuis la France pour y exercer une activité professionnelle et qui sont exemptés d'affiliation au régime de sécurité sociale de l'État de détachement en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;

« 2° Les membres de la famille à la charge d'un assuré du régime de sécurité sociale français qui ne résident pas en France et bénéficient d'une

telle prise en charge en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;

« 3° Les membres du personnel diplomatique et consulaire ou les fonctionnaires de la République française et les personnes assimilées en poste à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent. » ;

4° L'article L. 161-2-1 devient l'article L. 160-5 et est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret, ne pas bénéficier de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 bénéficie de cette prise en charge auprès de cette caisse dès qu'elle justifie de son identité et de sa résidence stable et régulière. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

5° L'article L. 380-3 devient l'article L. 160-6 et est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« L'article L. 160-1 ne s'applique pas aux personnes suivantes si elles n'exercent pas une activité professionnelle complémentaire en France : » ;

b) Le 3° est ainsi rétabli :

« 3° Les personnes titulaires d'une pension étrangère qui ne bénéficient pas par ailleurs d'un avantage viager d'un régime obligatoire de sécurité sociale français lorsque, en application d'un règlement européen ou d'un accord international, la prise en charge de leurs frais de santé ainsi que de ceux des membres de leur famille qui résident avec elles relève du régime étranger qui sert la pension ; »

c) Après le mot : « règlement », la fin du 5° est ainsi rédigée : « européen, les membres de leur famille qui les accompagnent ou toute autre personne relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État en raison de son activité professionnelle, ainsi que les membres de la famille de cette personne qui résident avec elle de manière stable et régulière en France ; »

d) Au 6°, les mots : « la Communauté » sont remplacés par les mots : « l'Union » et, après le mot : « européen », sont insérés les mots : « ou de la Confédération suisse » ;

6° L'article L. 332-3 devient l'article L. 160-7 et est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « et des règlements internationaux » sont remplacés par les mots : « internationales et règlements européens », les mots : « à leurs ayants droit » sont remplacés par les mots : « aux personnes mentionnées à l'article L. 160-2 » et les mots : « correspondantes des assurances » sont remplacés par les mots : « en cas de » ;

b) Le second alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « ses ayants droit » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées à l'article L. 160-2 » et, après le mot : « européen », sont insérés les mots : « ou de la Confédération suisse » ;

– les deux dernières phrases sont supprimées ;

7° Au chapitre préliminaire du titre VI du livre I<sup>er</sup>, tel qu'il résulte du 1° du présent III, est insérée une section 2 intitulée : « Dispositions relatives aux prestations » et comprenant les articles L. 160-8 à L. 160-12, tels qu'ils résultent des 8° à 12° du présent III ;

8° À la même section 2, il est inséré un article L. 160-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 160-8.* – La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte :

« 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examen de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examen et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

« 2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'État ;

« 3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés aux 2° et 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

« 4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre I<sup>er</sup> du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;

« 5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

« 6° La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du même code. » ;

9° L'article L. 331-2 devient l'article L. 160-9 et est ainsi modifié :

a) Au début des premier et deuxième alinéas, les mots : « L'assurance maternité » sont remplacés par les mots : « La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'assuré et ses ayants droit ne supportent aucune participation aux frais prévus au présent article. » ;

10° L'article L. 322-1 devient l'article L. 160-10 et est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « la caisse primaire d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « les organismes servant les prestations » ;

b) À la seconde phrase du même premier alinéa, les mots : « remboursée soit directement à l'assuré ou aux ayants droit mentionnés à la deuxième phrase de l'article L. 161-14-1, » sont remplacés par les mots :

« versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou elle est remboursée soit directement à l'assuré, » ;

11° Après l'article L. 160-10, tel qu'il résulte du 10° du présent III, il est inséré un article L. 160-11 ainsi rédigé :

« *Art. L. 160-11.* – L'action de l'assuré pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations. Pour le paiement des prestations de l'assurance maternité, elle se prescrit par deux ans à compter de la date de la première constatation médicale de la grossesse.

« L'action des ayants droit de l'assuré pour le paiement du capital prévu à l'article L. 361-1 se prescrit par deux ans à compter du jour du décès.

« Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration. » ;

12° L'article L. 322-7 devient l'article L. 160-12 et, au premier alinéa, les mots : « en nature » sont supprimés et les références : « 1°, 2°, 3°, 4°, 6° et 7° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par les références : « 1° à 6° de l'article L. 160-8 » ;

13° Au chapitre préliminaire du titre VI du livre I<sup>er</sup>, tel qu'il résulte du 1° du présent III, est insérée une section 3 intitulée : « Participation de l'assuré social » et comprenant les articles L. 160-13 à L. 160-16, tels qu'ils résultent des 14° à 17° du présent III ;

14° L'article L. 322-2 devient l'article L. 160-13 et, à la première phrase du premier alinéa du I et au 3° du III, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

15° L'article L. 322-3 devient l'article L. 160-14 et est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

b) Aux 6°, 16°, 17°, 19° et 20°, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

c) Au 13°, les mots : « bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4 » sont remplacés par les mots : « titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des articles L. 341-15 » ;

d) Au 14°, les mots : « ayants droit des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux » ;

e) Au 16°, la référence : « 6° » est remplacée par la référence : « 5° » ;

f) Au 17°, la référence : « 9° » est remplacée par la référence : « 6° » ;

16° L'article L. 322-4 devient l'article L. 160-15 et est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « ses ayants droit mineurs » sont remplacés par les mots : « les mineurs » ;

b) Au premier alinéa et à la fin du second alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

17° L'article L. 322-8 devient l'article L. 160-16 et est ainsi modifié :

a) Les mots : « assurés et leurs ayants droit » sont remplacés par le mot : « personnes » ;

b) Les mots : « gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées » sont remplacés par les mots : « prise en charge intégrale des frais de santé dans les conditions prévues » ;

18° Le chapitre préliminaire du titre VI du livre I<sup>er</sup>, tel qu'il résulte du 1° du présent III, est complété par une section 4 ainsi rédigée :

#### « Section 4

##### « Dispositions relatives à l'organisation et au service des prestations

« Art. L. 160-17. – La prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 est effectuée, pour les personnes exerçant une activité professionnelle, par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires auxquels elles sont affiliées pour le service des prestations d'assurances sociales, dans des conditions définies par décret. Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles ces organismes prennent en charge les frais de santé des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle.

« Ce décret précise en outre les modalités selon lesquelles les personnes qui ne sont pas affiliées à titre professionnel peuvent demander à

être gérées par l'organisme dont relève leur conjoint, la personne à laquelle elles sont liées par un pacte civil de solidarité ou leur concubin.

« Les mutuelles ou groupements de mutuelles régis par le code de la mutualité sont habilités à réaliser des opérations de gestion pour la prise en charge des frais de santé des assurés mentionnés aux articles L. 381-4, L. 712-1 et L. 712-2. Pour les assurés mentionnés à l'article L. 613-1, les mêmes organismes ainsi que les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires et les assureurs ou groupements d'assureurs régis par le code des assurances reçoivent délégation pour l'exécution, en tout ou partie, d'opérations de gestion.

« Les organismes bénéficiant d'une délégation de gestion concluent une convention avec les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires. Les conventions concernant les opérations de gestion des prestations versées aux assurés mentionnés à l'article L. 613-1 sont conclues au niveau national entre la caisse nationale et les organes nationaux représentant les organismes mentionnés au troisième alinéa du présent article. La mise en œuvre de la convention nationale fait l'objet de contrats locaux entre les organes nationaux précités et les organismes qui leur sont affiliés.

« Les organismes à qui sont confiées des opérations de gestion reçoivent des caisses d'assurance maladie des remises de gestion en contrepartie des dépenses de fonctionnement exposées pour l'exécution des opérations de gestion.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'organisation, de mise en œuvre et de financement de ces opérations de gestion, notamment dans le cadre de conventions, ainsi que les modalités d'évaluation de leurs résultats. Les conventions précisent, le cas échéant, les conditions dans lesquelles les organismes concernés peuvent participer aux actions portant sur l'accès aux droits et sur la gestion du risque.

« Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles il peut être mis fin à ces opérations de gestion en cas de défaillance rendant impossible la gestion des régimes obligatoires dans des conditions normales. »

IV. – Le chapitre 1<sup>er</sup> du titre VI du livre 1<sup>er</sup> du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-1 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 161-1.* – Sauf dispositions contraires, par membre de la famille, on entend au sens du présent code :

« 1° Le conjoint de l'assuré social, son concubin ou la personne à laquelle il est lié par un pacte civil de solidarité ;

« 2° Les enfants mineurs à leur charge et, jusqu'à un âge limite et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État :

« a) Les enfants qui poursuivent leurs études ;

« b) Les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente d'exercer un travail salarié ;

« 3° L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au troisième degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit au domicile de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré social. Le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'État. » ;

2° L'article L. 161-2 est abrogé ;

3° À l'article L. 161-3, les mots : « L'assurance maternité est attribuée » sont remplacés par les mots : « Les prestations en espèces de l'assurance maternité sont attribuées » et, après le mot : « que », sont insérés les mots : « les prestations en espèces de » ;

4° L'article L. 161-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, » sont remplacés par les mots : « d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité » et les mots : « des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces » sont remplacés par les mots : « en espèces des assurances maladie et maternité, pendant une période définie par décret en Conseil d'État » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– la première phrase est ainsi rédigée :

« Est également maintenu le droit aux prestations des assurances invalidité et décès du régime général et des régimes qui lui sont rattachés. » ;

– à la seconde phrase, les mots : « pendant ces périodes, » sont supprimés ;

5° L'article L. 161-15 est ainsi rédigé :

« Art. L. 161-15. – Le conjoint séparé de droit ou de fait qui se trouve, du fait de défaut de présentation par l'autre conjoint des justifications requises, dans l'impossibilité d'obtenir pour ses enfants mineurs la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité dispose d'une action directe en paiement de ces prestations, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

6° À l'article L. 161-15-1, les mots : « des prestations en nature des assurances » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de » et la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-1 » ;

7° Aux deux premiers alinéas de l'article L. 165-9, les mots : « ou à son ayant droit » sont supprimés.

V. – L'article L. 182-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin du 3°, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

2° Il est ajouté un 7° ainsi rédigé :

« 7° D'établir le référentiel mentionné à l'article L. 114-10-3. »

VI. – Au 2° de l'article L. 182-2-3 du même code, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » et la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 ».

VII. – Au 1° de l'article L. 200-1 du même code, après le mot : « titre », sont insérés les mots : « de la prise en charge des frais de santé et ».

VIII. – Le livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À l'article L. 311-1, les mots : « couvrent les » sont remplacés par les mots : « assurent le versement des prestations en espèces liées aux » ;

2° L'article L. 311-5 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « en espèces » ;

b) Les deuxième à avant-dernier alinéas sont supprimés ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « pour elles-mêmes et leurs ayants droit » sont supprimés et, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « en espèces » ;

3° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 311-7, les mots : « leurs ayants droit » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 du présent code qui leur sont rattachées » ;

4° L'article L. 313-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– à la fin du premier alinéa, les mots : « et ouvrir droit » sont supprimés ;

– le 1° est abrogé ;

– au 2°, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;

– au 3°, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « en espèces » ;

b) Au 1° du II, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » et la référence : « 2° du premier alinéa » est remplacée par la référence : « 2° du I » ;

5° L'article L. 321-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Les 1° à 4°, 6° et 9° sont abrogés ;

c) Au sixième alinéa, la mention : « 5° » est supprimée et les mots : « L'octroi » sont remplacés par les mots : « L'assurance maladie assure le versement » ;

6° Le premier alinéa de l'article L. 321-2 est supprimé ;

7° À la fin du 1° de l'article L. 330-1, la référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

8° Le premier alinéa de l'article L. 332-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 » sont supprimés ;

b) Après les mots : « des prestations », sont insérés, deux fois, les mots : « en espèces » ;

9° L'article L. 371-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « qui ne peut justifier des conditions prévues par les articles L. 313-1 et L. 341-2 et le décret pris pour leur application a droit ou ouvre droit, à condition, toutefois, que la rente ou l'allocation corresponde » sont remplacés par les mots : « qui correspond » ;

– sont ajoutés les mots : « a droit à la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie et de maternité, dans les conditions prévues à l'article L. 160-14. » ;

b) les 1° et 2° sont abrogés.

IX. – Le second alinéa de l'article L. 613-4 du même code est supprimé.

X. – L'article L. 613-12 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 613-12.* – Les articles L. 160-7 et L. 160-10, le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> et les articles L. 314-1 et L. 324-1 sont applicables au régime institué par le présent titre selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. »

XI. – A. – Le second alinéa de l'article L. 131-9 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « bénéficient à titre obligatoire de la prise en charge de leurs frais de santé en application de l'article L. 160-1 » ;

2° À la deuxième phrase, les mots : « assurés d'un régime français d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « personnes bénéficiant de la prise en charge de leurs frais de santé en application de l'article L. 160-1 ».

B. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-9 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– au début de la première phrase, sont ajoutés les mots : « En cas de reprise du travail, » ;

– les mots : « conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de leur régime d'origine aussi longtemps qu'ils bénéficient de cette prestation ou de ce congé. En cas de reprise du travail, les personnes susmentionnées » sont supprimés ;

– à la seconde phrase, les mots : « en nature et » sont supprimés ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « en nature et » sont supprimés ;

2° Aux deux premiers alinéas de l'article L. 161-9-3, les mots : « en nature et » sont supprimés ;

3° L'article L. 161-15-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-1 » ;

b) À la fin du second alinéa, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 ».

C. – Au début du premier alinéa de l'article L. 172-1 A du même code, les mots : « Lorsque le versement des prestations en nature ou en espèces des assurances maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « Lorsque, en cas de maladie ou de maternité, le versement des prestations en espèces ».

D. – Au 1° de l'article L. 213-1 du même code, les mots : « d'assurances sociales, d'accidents du travail, d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale ».

E. – Le titre IV du livre II du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa des I et III et au II de l'article L. 241-10, au premier alinéa de l'article L. 241-11 et au premier alinéa et à la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-12, les mots : « d'assurances sociales et d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, » ;

2° Au 1° du I *bis* de l'article L. 241-10, les mots : « des assurances » sont remplacés par les mots : « de la branche » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 241-11, les mots : « d'assurances sociales, d'allocations familiales et d'accidents du travail » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale » ;

4° À la première phrase des premier et troisième alinéas de l'article L. 242-1 et au dernier alinéa de l'article L. 242-3, les mots : « des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale » ;

5° À l'article L. 242-4-3, les mots : « à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale à la charge de l'employeur ».

F. – Au premier alinéa de l'article L. 252-1 du même code, les mots : « l'assurance » sont remplacés par les mots : « la branche ».

G. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre VII du livre III du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 371-3, les mots : « pour lui et les membres de sa famille, au sens de l'article L. 313-3 » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 371-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « jouissent, ainsi que les membres de leur famille, au sens de l'article L. 313-3 des prestations en nature de l'assurance maladie et bénéficient » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 et » et la référence : « au 4° de » est remplacée par le mot : « à » ;

b) Au début de la seconde phrase, les mots : « Mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, » sont remplacés par les mots : « Ils sont dispensés ».

H. – Le titre VIII du livre III du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 381-20 est ainsi rédigé :

« La présente section est applicable aux personnes suivantes : » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 381-23 est ainsi rédigé :

« La prise en charge des frais de santé des personnes mentionnées à l'article L. 381-20 est assurée : » ;

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

a) Au premier alinéa, les mots : « sont affiliées obligatoirement aux assurances maladie et maternité du » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé effectuée par le » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– au début, sont ajoutés les mots : « Par dérogation au premier alinéa, » ;

– les mots : « elles sont affiliées au » sont remplacés par les mots : « la prise en charge de leurs frais de santé est assurée par le » ;

c) Le troisième alinéa est supprimé ;

4° L'article L. 381-30-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Les détenus sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par le régime général et pour la participation mentionnée au I de l'article L. 160-13 ainsi que pour le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4, qui sont pris en charge par l'État selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5. » ;

c) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « Par dérogation au premier alinéa, » sont supprimés et les mots : « des prestations en nature des assurances » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de » ;

d) Le dernier alinéa est supprimé ;

5° À la première phrase de l'article L. 381-30-2, les mots : « affilié en application » sont remplacés par les mots : « , à l'exception de ceux mentionnés au deuxième alinéa » ;

6° L'article L. 381-30-5 est ainsi modifié :

a) Au I, les mots : « affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 » sont remplacés par les mots : « , à l'exception de celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 381-30, » ;

b) Le II est ainsi modifié :

– au premier alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » et les mots : « affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 380-30-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnées au I du présent article » ;

– à la fin de la seconde phrase du troisième alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 382-3, les mots : « d'assurances sociales et d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, » ;

8° À l'article L. 382-14-1, les mots : « dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, » ;

9° À la fin du premier alinéa de l'article L. 382-21, les mots : « ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé dans les conditions prévues au livre I<sup>er</sup> ».

I. – Le livre IV du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 432-1 est ainsi modifié :

a) À la fin de la seconde phrase du premier alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

b) Au second alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 453-1, les mots : « aux prestations dans les conditions prévues au livre III » sont remplacés par les mots : « à la prise en charge de ses frais de santé prévue au titre VI du livre I<sup>er</sup>, ».

J. – Au premier alinéa de l'article L. 512-1 du même code, après la première occurrence du mot : « France », sont insérés les mots : « , au sens de l'article L. 111-2-3 ».

K. – Le titre I<sup>er</sup> du livre VI du même code est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 611-12 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « par les assurés bénéficiaires des prestations maladie et par les cotisants et » sont remplacés par les mots : « par les cotisants au titre de leur activité professionnelle et les » ;

b) À la fin du troisième alinéa, les mots : « assurés du groupe des professions libérales bénéficiaires de l'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « cotisants du groupe des professions libérales et les retraités de l'assurance vieillesse des professions libérales bénéficiaires des prestations maladie au régime social des indépendants » ;

2° Le second alinéa de l'article L. 611-20 est supprimé ;

3° À l'intitulé du chapitre III, les mots : « prestations d'assurance » sont remplacés par le mot : « protection » ;

4° Les 2° et 3° de l'article L. 613-1 sont abrogés ;

5° Au début du second alinéa de l'article L. 613-7, les mots : « Le droit aux prestations en nature est ouvert dans » sont remplacés par les mots : « La prise en charge des frais de santé est assurée par » ;

6° Les deux premiers alinéas de l'article L. 613-14 sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge des frais de santé des ressortissants du régime institué au présent livre est assurée, en cas de maladie, de maternité ou d'accident, dans les conditions définies aux articles L. 160-7 à L. 160-15 et L. 332-2. »

L. – Le livre VII du même code est ainsi modifié :

1° Le début de l'article L. 711-5 est ainsi rédigé : « Le 2° du I de l'article L. 313-1 s'applique, en tant que... (*le reste sans changement*). » ;

2° L'article L. 711-7 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée, deux fois, par la référence : « L. 160-13 » ;

b) Au second alinéa, la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 » ;

3° À l'article L. 713-1-1, les mots : « des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge de leurs frais de santé dans les conditions prévues au livre I<sup>er</sup> » ;

4° À l'article L. 713-9, les mots : « aux familles » sont remplacés par les mots : « aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2 » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 713-10, les mots : « aux familles » sont remplacés par les mots : « aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2 » et les mots : « qu'elles » sont remplacés par les mots : « qu'ils » ;

6° À l'article L. 713-16, les mots : « en nature » sont supprimés.

M. – Le livre VIII du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 861-1, les mots : « résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1 » sont remplacés par les mots : « résidant de manière stable et régulière dans les conditions prévues à l'article L. 111-2-3 et bénéficiant de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 861-2 est supprimé ;

3° Au 1° de l'article L. 861-3, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

4° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, la référence : « aux articles L. 380-1 et » est remplacée par les mots : « à l'article » ;

5° À la première phrase du premier alinéa et au troisième alinéa de l'article L. 871-1, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 ».

N. – Les articles L. 161-5, L. 161-7, L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13, L. 161-14, L. 161-14-1, L. 161-25-2, L. 161-25-3, L. 211-3, L. 211-4, L. 211-5, L. 211-6, L. 211-7, L. 311-5-1, L. 311-9, L. 311-10, L. 313-3, L. 313-4, L. 313-5, L. 371-2, L. 381-3, L. 381-7, L. 381-9, L. 381-10, L. 381-11, L. 381-19, L. 381-21, L. 381-22, L. 381-26, L. 381-27, L. 381-28, L. 611-21, L. 611-22, L. 613-3, L. 613-10, L. 712-6, L. 712-7 et L. 712-8 du même code sont abrogés.

O. – Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Le 4° de l'article L. 722-10 est ainsi modifié :

a) Au a, les mots : « conjoints des personnes visées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du présent article » sont remplacés par les mots : « personnes

bénéficiant de la prise en charge des frais de santé en application de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale » ;

*b)* Le *b* est ainsi rédigé :

« *b)* Aux enfants qui remplissent les conditions mentionnées à l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale. » ;

2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 722-11, les mots : « mentionnés aux articles L. 381-19 et L. 381-20 du code de la sécurité sociale » sont supprimés ;

3° Le 1° de l'article L. 742-3 est ainsi modifié :

*a)* Au début, sont ajoutés les mots : « Le chapitre préliminaire du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, à l'exception de l'article L. 160-5, » ;

*b)* À la première phrase, les références : « L. 311-9, L. 311-10, » sont supprimées ;

4° À l'article L. 761-2, les références : « les articles L. 311-5, L. 311-9, L. 311-10 » sont remplacées par la référence : « l'article L. 311-5 » ;

5° L'article L. 761-3 est ainsi modifié :

*a)* Au quatrième alinéa, les mots : « ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3 du code de la sécurité sociale, des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale à la charge effective et permanente des » ;

*b)* À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 762-14, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 ».

P. – Le titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 251-1 est ainsi modifié :

*a)* Au premier alinéa, la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-1 », les mots : « , pour lui-même et les personnes à sa

charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « pour lui-même et pour : » ;

b) Après le premier alinéa, sont insérés des 1° et 2° ainsi rédigés :

« 1° Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Les personnes non mentionnées aux mêmes 1° et 2° vivant depuis douze mois consécutifs avec la personne bénéficiaire de l'aide mentionnée au premier alinéa du présent article et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. Dans ce cas, le bénéfice de l'aide susmentionnée ne peut être attribué qu'à une seule de ces personnes. » ;

2° À la première phrase de l'article L. 254-1, la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-1 ».

Q. – Au 4° du I de l'article L. 111-1 du code de la mutualité, les références : « L. 211-3 à L. 211-7, L. 381-8, L. 381-9, L. 611-3, L. 712-6 à L. 712-8 » sont remplacées par les références : « L. 160-17, L. 381-8 et L. 611-3 ».

R. – Dans toutes les dispositions législatives, les références aux articles L. 332-3, L. 331-2, L. 322-1, L. 332-1, L. 322-2, L. 322-3 et L. 322-4 du code de la sécurité sociale sont remplacées, respectivement, par les références aux articles L. 160-7, L. 160-9, L. 160-10, L. 160-11, L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15 du même code.

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 114-15, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

2° À la fin de la première phrase du second alinéa de l'article L. 131-9, les mots : « ou qui sont soumises au second alinéa de l'article L. 161-25-3 » sont supprimés ;

3° À la fin du 2° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

4° À l'article L. 161-27, les références : « L. 161-1 à L. 161-7, L. 161-10 à L. 161-13 » sont remplacées par les références : « L. 161-1 à L. 161-6 » ;

5° Au sixième alinéa et à la fin de la seconde phrase du douzième alinéa de l'article L. 162-1-14-1, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

6° À la première phrase du deuxième alinéa, à la dernière phrase du troisième alinéa et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-14-2, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

7° Le I de l'article L. 162-1-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » et les références : « aux 2° et 5° de » sont remplacées par les mots : « , respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à » ;

b) Au 1°, les références : « au 2° ou au 5° de » sont remplacées par les mots : « , respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à » ;

8° À la seconde phrase du premier alinéa et au second alinéa de l'article L. 162-1-20, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

9° À la fin du 4° de l'article L. 162-4, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

10° Au premier alinéa de l'article L. 162-31, la référence : « de l'article L. 313-4, » est supprimée, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » et la référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

11° Le II de l'article L. 162-31-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les références : « 6° et 9° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par les références : « 5° et 6° de l'article L. 160-8 » ;

b) Au 4°, les références : « L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 » ;

12° L'article L. 162-45 est ainsi modifié :

a) Au 2°, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

b) Au 4°, la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 » ;

13° À la fin de la dernière phrase du second alinéa de l'article L. 165-12, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

14° À la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 314-1, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

15° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 315-2 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, la première occurrence des mots : « à l'article » est remplacée par la référence : « aux articles L. 160-8 et » ;

b) À la deuxième phrase, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;

16° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 323-1, la référence : « au 4° de » est remplacée par le mot : « à » ;

17° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 323-4, la référence : « L. 313-3 » est remplacée par la référence : « L. 161-1 » ;

18° L'article L. 325-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du I, les références : « , 4° et 7° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par la référence : « et 4° de l'article L. 160-8 » et la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

b) Le II est ainsi modifié :

– au 7°, les références : « aux articles L. 371-1 et L. 371-2 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 371-1 » ;

– au dernier alinéa, les mots : « ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3, des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 à la charge effective et permanente des » ;

19° Après les mots : « de l'article », la fin de la première phrase de l'article L. 331-1 est ainsi rédigée : « L. 161-1. » ;

20° Au 2° de l'article L. 341-3, la référence : « au 4° de » est remplacée par le mot : « à » ;

21° Au premier alinéa de l'article L. 353-5, la référence : « L. 313-3 » est remplacée par la référence : « L. 161-1 » ;

22° Au début de l'article L. 372-2, les mots : « Sous réserve de l'article L. 161-11, » sont supprimés ;

23° À la fin de la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 376-4, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

24° À l'article L. 382-8, la référence : « L. 313-3 » est remplacée par la référence : « L. 161-1 » ;

25° À la fin du deuxième alinéa et à la dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 471-1, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

26° À l'article L. 711-6, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

27° Au premier alinéa de l'article L. 712-9, les mots : « ou charges mentionnés à l'article L. 712-6 » sont remplacés par les mots : « maladie, maternité et invalidité » ;

28° À la fin du premier alinéa des articles L. 722-2 et L. 722-3, les mots : « aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9 » sont remplacés par les mots : « à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 » ;

29° Le premier alinéa de l'article L. 722-6 est ainsi modifié :

a) La référence : « L. 313-3, » est supprimée ;

b) La première occurrence de la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

c) La référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

d) La référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;

30° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 722-8-2, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;

31° À l'article L. 758-2, la référence : « L. 161-14, » est supprimée ;

32° Au premier alinéa de l'article L. 762-4, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

33° L'article L. 762-6 est ainsi modifié :

*a)* Au premier alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

*b)* Au second alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

34° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 762-7 est supprimé ;

35° L'article L. 765-5 est ainsi modifié :

*a)* Au premier alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » et la référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

*b)* Au second alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

36° Au second alinéa de l'article L. 821-7, la référence : « L. 381-28 » est remplacée par la référence : « L. 160-17 ».

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 242-12, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

2° Au 2° de l'article L. 245-3, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

3° L'article L. 251-2 est ainsi modifié :

*a)* À la première phrase du deuxième alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

*b)* Après le mot : « et », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « 5° de l'article L. 160-8 ; »

*c)* Au quatrième alinéa, la référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

*d)* Au sixième alinéa, la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 » et la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

4° Au dernier alinéa de l'article L. 252-1, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

5° À l'article L. 252-2, les mots : « au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « aux trois premiers alinéas » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 252-3, les mots : « du premier alinéa » sont remplacés par les mots : « des trois premiers alinéas ».

C. – La sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° À l'article L. 6241-3, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

2° Au dernier alinéa de l'article L. 6322-1, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 ».

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

1° Au g du 1° de l'article L. 732-3, les références : « , L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13 » sont supprimées ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 751-9, la référence : « au livre III » est remplacée par la référence : « au titre VI du livre I<sup>er</sup> ».

E. – À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 333-1 du code de la consommation, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 ».

F. – L'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi modifiée :

1° L'article 9 est ainsi modifié :

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

« – L. 160-8 à L. 160-10 et L. 160-13 à L. 160-15, sous réserve des dispositions de l'article 9-5 ; »

b) À la fin du deuxième alinéa, la référence : « L. 161-5 » est remplacée par la référence : « L. 161-4 » ;

c) Le neuvième alinéa est supprimé ;

d) Le treizième alinéa est ainsi rédigé :

« – L. 322-5 à L. 322-6 ; »

2° À la première phrase de l'article 9-1, la référence : « (5°) » est supprimée ;

3° À l'article 9-4, les références : « , 2°, 3°, 4° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par la référence : « à 4° de l'article L. 160-8 » ;

4° À l'article 9-5, la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 ».

G. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :

1° Au 10° de l'article 20-1, les références : « L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-13 et L. 160-14 » ;

2° À la fin de la seconde phrase de l'article 20-2, la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 » ;

3° À la première phrase du 1° et au 2° de l'article 20-7, la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 » ;

4° Au premier alinéa du II de l'article 23-2, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée, deux fois, par la référence : « L. 114-17-1 ».

H. – Au II de l'article 89 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » et la référence : « L. 322-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-10 ».

I. – Au début du II de l'article 44 de la loi n° 2014-40 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, les mots : « À la fin de l'article L. 161-5 et » sont supprimés.

J. – À l'article 9-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et au deuxième alinéa de l'article 2 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 ».

XIII. – Le présent article en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016, sous les réserves suivantes.

A. – Les habilitations accordées aux groupements mutualistes en application de l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeurent en vigueur.

Le dernier alinéa de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale s'applique aux mutuelles ou groupements mutualistes habilités avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016 en application de l'article L. 211-4 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

Un décret détermine, le cas échéant, les conditions d'évolution du contenu des délégations liées à ces habilitations.

B. – Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes mentionnés à l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale, du transfert, en tout ou partie, d'opérations de gestion de la prise en charge des frais de santé qu'ils assurent à la date d'entrée en vigueur de la présente loi fait l'objet d'une indemnité s'il a pour origine les modifications apportées aux règles régissant les délégations de gestion et présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

C. – Sauf demande contraire, la prise en charge des frais de santé des personnes majeures ayant la qualité d'ayant droit au 31 décembre 2015 reste effectuée, tant que ces personnes ne deviennent pas affiliées à un régime de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle, y compris antérieure, par rattachement à l'assuré social dont elles dépendent, et par les organismes dont elles relèvent à cette date, jusqu'au 31 décembre 2019 au plus tard.

L'article L. 161-15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeure applicable aux personnes majeures conservant la qualité d'ayant droit jusqu'au 31 décembre 2019.

## **Article 60**

Au premier alinéa de l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « fixée par la caisse mais ne pouvant excéder une durée » sont supprimés.

## **Article 61**

À titre exceptionnel et jusqu'au 30 juin 2016, une personne bénéficiant du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 du code de la sécurité sociale et ayant renouvelé, après le 30 juin 2015, un contrat ne figurant pas sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 863-6 du même code peut demander la résiliation de ce contrat à tout moment, sans frais ni pénalités. Cette possibilité de résiliation est conditionnée à la souscription d'un contrat figurant sur cette même liste.

La résiliation prend effet au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant l'envoi à l'organisme assureur d'une lettre recommandée à laquelle est jointe une attestation de souscription d'un contrat figurant sur ladite liste.

Le troisième alinéa de l'article L. 113-15-1 du code des assurances et le dernier alinéa des articles L. 221-10-1 du code de la mutualité et L. 932-21-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux résiliations effectuées en application du présent article.

## **Article 62**

I. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 6312-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le transport médicalisé d'enfants décédés de cause médicalement inexplicquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, ainsi que le transport de leurs représentants légaux en vue d'une prise en charge adaptée, effectué à l'aide de moyens de transport terrestre, aérien ou maritime spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de l'enfant décédé jusqu'à l'établissement de santé d'accueil. »

II. – Le troisième alinéa de l'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales est complété par les mots : « ou qui assurent le transport d'enfants décédés de cause médicalement inexplicquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, vers l'établissement de santé d'accueil ».

## **Article 63**

I. – Le titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par un chapitre IX ainsi rédigé :

### *« CHAPITRE IX*

#### *« Prise en charge des victimes d'un acte de terrorisme*

##### *« Section 1*

#### *« Dispositions applicables aux personnes présentes sur les lieux de l'acte de terrorisme*

« *Art. L. 169-1.* – La présente section est applicable aux personnes victimes d'un acte de terrorisme, blessées ou impliquées lors de cet acte dans des conditions précisées par décret et dont l'identité a été communiquée par l'autorité judiciaire compétente au fonds de garantie mentionné au premier alinéa de l'article L. 422-1 du code des assurances.

« *Art. L. 169-2.* – Ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 :

« 1° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, pour les hospitalisations résultant directement de l'acte de terrorisme ;

« 2° L'article L. 313-1 en tant qu'il concerne les indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1, pour les prestations rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ;

« 3° Le délai et les sanctions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 321-2, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme ;

« 4° La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 160-13, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;

« 5° La participation forfaitaire mentionnée au premier alinéa du II du même article, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;

« 6° La franchise mentionnée au premier alinéa du III du même article, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;

« 7° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1, pour les incapacités de travail rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ;

« 8° Les délais mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 441-2, lorsque l'accident de travail résulte d'un acte de terrorisme ;

« 9° Le délai et la durée minimale d'affiliation mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, le délai et la sanction mentionnés au sixième alinéa du même article, le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 751-26 du même code, le délai mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-5 dudit code et le délai et la sanction mentionnés au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme.

« *Art. L. 169-3.* – Dès lors que leur délivrance résulte directement de l'acte de terrorisme, les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 sont remboursés dans la limite des frais réellement exposés, sans pouvoir excéder des limites fixées par arrêté en référence aux tarifs fixés en application de l'article L. 432-3.

« *Art. L. 169-4.* – Hors le cas des consultations de suivi psychiatrique mentionnées à l'article L. 169-5, les articles L. 169-2 et L. 169-3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme et jusqu'au dernier jour du douzième mois civil suivant celui au cours duquel cet acte a eu lieu.

« *Art. L. 169-5.* – Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert pendant une période de dix ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme. La durée du bénéfice du présent article ne peut excéder deux ans.

## « *Section 2*

### « ***Dispositions applicables aux proches parents des personnes décédées ou blessées lors d'un acte de terrorisme***

#### « *Sous-section 1*

#### « *Capital décès*

« *Art. L. 169-6.* – L'article L. 313-1 en tant qu'il concerne l'assurance décès n'est pas applicable lorsque le décès résulte d'un acte de terrorisme.

« *Sous-section 2*

« *Consultations de suivi psychiatrique*

« *Art. L. 169-7.* – L'article L. 169-5 est applicable aux proches parents des personnes décédées ou blessées dans un acte de terrorisme dont l'identité a été communiquée par l'autorité judiciaire compétente au fonds de garantie mentionné au premier alinéa de l'article L. 422-1 du code des assurances.

« Les proches parents, au sens du présent article, sont :

« 1° Le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

« 2° Les ascendants jusqu'au troisième degré ;

« 3° Les descendants jusqu'au troisième degré ;

« 4° Les frères et sœurs.

« *Section 3*

« *Dispositions communes*

« *Art. L. 169-8.* – Les caisses versent directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ainsi qu'aux établissements de santé le montant des prestations mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 169-2 et à l'article L. 169-3.

« *Art. L. 169-9.* – Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours des périodes mentionnées, respectivement, aux articles L. 169-4 et L. 169-5, ce changement est sans incidence sur l'appréciation de la durée prévue aux mêmes articles.

« *Art. L. 169-10.* – Le financement des dépenses résultant des articles L. 169-2 et L. 169-6 est assuré par l'État.

« Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, l'État prend en charge la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés.

« *Art. L. 169-11.* – Pour la mise en œuvre des articles L. 169-2 à L. 169-8, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure un rôle de coordination des régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Art. L. 169-12. – Un décret détermine les modalités d'application des sections 1 et 2 du présent chapitre et de la présente section 3.

« Section 4

« **Dispositions communes à plusieurs régimes de réparation**

« Art. L. 169-13. – Pour la mise en œuvre de l'article 9 de la loi n° 86-1020 du 9 septembre 1986 relative à la lutte contre le terrorisme, de l'article 26 de la loi n° 90-86 du 13 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé et du présent code, une expertise médicale commune est diligentée à l'initiative du fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances, dans des délais et conditions fixés par décret. »

II. – Le 1° de l'article L. 1226-1 du code du travail est complété par les mots : « , sauf si le salarié fait partie des personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale ».

III. – Après le chapitre I<sup>er</sup> du titre II 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, il est inséré un chapitre I<sup>er</sup> bis ainsi rédigé :

« CHAPITRE I<sup>ER</sup> BIS

« **Procédure exceptionnelle en cas de survenance d'un acte de terrorisme**

« Art. 21-3. – Le présent chapitre est applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale.

« Art. 21-4. – Ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article 21-3 :

« 1° La participation de l'assuré mentionnée à l'article 20-2 pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;

« 2° Le premier alinéa de l'article 20-6 et le délai mentionné au premier alinéa de l'article 20-7 pour les indemnités journalières résultant de l'acte de terrorisme ;

« 3° Le délai mentionné au dernier alinéa de l'article 20-10-2 pour les indemnités journalières résultant de l'acte de terrorisme.

« *Art. 21-5.* – Le 7° de l'article L. 169-2 du code de la sécurité sociale est applicable aux personnes mentionnées à l'article 21-3 de la présente ordonnance.

« *Art. 21-6.* – L'arrêté prévu à l'article L. 169-3 du code de la sécurité sociale est applicable aux personnes mentionnées à l'article 21-3 de la présente ordonnance.

« *Art. 21-7.* – Les articles L. 169-4 et L. 169-5 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnes mentionnées à l'article 21-3 de la présente ordonnance, sous réserve des adaptations suivantes :

« 1° À l'article L. 169-4, la référence à l'article L. 169-2 du même code est remplacée par la référence aux articles 21-4 et 21-5 de la présente ordonnance ;

« 2° À l'article L. 169-5, la référence au 4° de l'article L. 169-2 dudit code est remplacée par la référence au 1° de l'article 21-4 de la présente ordonnance.

« *Art. 21-8.* – Les articles L. 169-6 et L. 169-7 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve, pour la référence à l'article L. 169-5 du même code, des adaptations prévues au 2° de l'article 21-7 de la présente ordonnance.

« *Art. 21-9.* – La caisse de sécurité sociale de Mayotte verse directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations ainsi qu'aux établissements de santé le montant des prestations mentionnées au 1° de l'article 21-4 et par l'arrêté prévu à l'article 21-6.

« *Art. 21-10.* – Le financement des dépenses mentionnées au présent chapitre est assuré par l'État.

« Pour l'application de l'article 21-6, l'État prend en charge la différence entre les tarifs servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés.

« *Art. 21-11.* – Un décret détermine les modalités d'application du présent chapitre. »

IV. – Après le cinquième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – L. 169-1 à L. 169-10 ; ».

#### **Article 64**

I. – Le 21° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ».

II. – Au deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, les mots : « et la prise en charge de contraceptifs » sont remplacés par les mots : « de contraceptifs, la réalisation d'examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, la prescription de ces examens ou d'un contraceptif, ainsi que leur prise en charge, ».

#### **Article 65**

Après le 22° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 23° ainsi rédigé :

« 23° Lorsque l'assuré ne relève ni du 3° ni du 10° mais se trouve dans une situation clinique nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein, fixée par décret en Conseil d'État, pour les frais d'examens de dépistage, dans des conditions fixées par ce même décret. »

#### **Article 66**

I. – L'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 », les mots : « au 5° du même article » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3 » et la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « 5° de l'article L. 321-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3 ».

II. – Le I entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

## CHAPITRE II

### **Promotion de la prévention et parcours de prise en charge coordonnée**

#### **Article 67**

La section 2.2 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-12-22 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-12-22.* – I. – Un contrat de coopération pour les soins visuels peut être conclu avec les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie, en vue d'inciter le médecin à recruter ou à former un orthoptiste.

« Ce contrat, conclu pour une durée de trois ans non renouvelable, prévoit des engagements individualisés qui portent notamment sur l'augmentation du nombre de patients différents reçus en consultation, le respect des tarifs conventionnels et les actions destinées à favoriser la continuité des soins. Il détermine des objectifs en matière d'organisation des soins, notamment sur la formation, si celle-ci s'avère nécessaire, ou le recrutement d'un orthoptiste ainsi que sur la participation à des actions de dépistage et de prévention. Il prévoit les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le médecin, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs.

« Ce contrat est conforme à un contrat type défini par la convention mentionnée à l'article L. 162-5. À défaut d'accord avant le 1<sup>er</sup> septembre 2016, un contrat type est fixé par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Une évaluation du contrat de coopération pour les soins visuels, portant notamment sur le nombre d'ophtalmologistes conventionnés l'ayant signé, sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur le respect des engagements prévus, est réalisée au plus tard durant le premier semestre 2018 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et transmise au Parlement ainsi qu'aux partenaires conventionnels.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions particulières requises pour conclure un contrat de coopération avec la profession d'orthoptiste.

« II. – Les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie peuvent conclure un contrat collectif pour les soins

visuels avec les maisons de santé et les centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 en vue d'inciter au développement de coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques au sein de ces structures.

« Le contrat collectif pour les soins visuels, d'une durée de trois ans, prévoit les engagements respectifs des parties, qui portent notamment sur le respect des tarifs conventionnels et l'organisation des soins.

« Ce contrat est conforme à un contrat type fixé par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés, des organisations représentatives des centres de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Les contreparties financières de ce contrat collectif ne peuvent excéder le maximum prévu par le contrat de coopération pour les soins visuels prévu au premier alinéa du I du présent article.

« Une évaluation annuelle du contrat collectif pour les soins visuels, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part, sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement et aux partenaires conventionnels en vue de l'intégration de ce contrat dans la négociation, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionné au II de l'article L. 162-14-1.

« III. – Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent des contrats prévus au présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3<sup>o</sup> du D du I de l'article L.O. 111-3. »

## **Article 68**

Des expérimentations peuvent être menées entre le 1<sup>er</sup> juillet 2016 et le 31 décembre 2019 pour améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants de trois à huit ans chez lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité défini par les recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé.

Dans le cadre de ces expérimentations, le médecin traitant de l'enfant peut prescrire des consultations diététiques, des bilans d'activité physique

ou des consultations psychologiques, en fonction des besoins et de la situation de l'enfant et de sa famille. Ces consultations et ces bilans sont réalisés par des professionnels de santé ou des psychologues appartenant à des structures disposant de compétences particulières en ce domaine, telles que des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, sélectionnées par les caisses primaires d'assurance maladie et les agences régionales de santé.

Ces structures bénéficient d'une rémunération forfaitaire supportée par les caisses nationales d'assurance maladie pour chaque enfant pris en charge sur prescription du médecin traitant.

Un décret précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation.

Les ministres de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour l'expérimentation et le cahier des charges des expérimentations.

Un rapport d'évaluation du dispositif est réalisé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et transmis au Parlement avant le 30 septembre 2019.

## **Article 69**

I. – L'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du II de l'article L. 1435-5 du code de la santé publique et par dérogation au premier alinéa du présent article, les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du même code par les médecins mentionnés au premier alinéa du même article sont financés par le fonds défini à l'article L. 1435-8 dudit code, sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du présent code. »

II. – L'article L. 1435-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2° Au second alinéa, le mot : « spécifique » est remplacé par le mot : « forfaitaire » ;

3° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Des agences régionales de santé se portant volontaires peuvent être autorisées, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à financer, dans tout ou partie des secteurs de la permanence des soins ambulatoires, la rémunération forfaitaire mentionnée au I du présent article et la rémunération des actes mentionnés à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale par des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code qui leur sont délégués à cet effet. Dans ce cas, la rémunération des actes prévus à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale ne peut être mise à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie.

« L'autorisation ministérielle est accordée pour une durée qui ne peut dépasser trois ans. Elle peut être renouvelée à l'issue de ce délai, en fonction des réalisations de l'agence présentées dans le cadre du bilan mentionné à l'article L. 1435-10 du présent code. »

III. – Les dispositions expérimentales prévues au II de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 s'appliquent à l'agence régionale de santé des Pays de la Loire jusqu'au 31 décembre 2016.

## **Article 70**

Après l'article L. 162-5-14-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-14-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-14-2.* – Les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès mentionné au premier alinéa de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales, réalisé au domicile du patient aux horaires et dans les conditions fixés par décret, sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base d'un forfait fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les médecins sont tenus de respecter ces tarifs. »

## **Article 71**

I. – L'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après la première phrase du second alinéa du I, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Elle rend en même temps l’avis mentionné au troisième alinéa de l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale sur chacun des actes prévus dans le protocole. » ;

2° La seconde phrase du II est supprimée ;

3° Le III est ainsi rédigé :

« III. – Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable au maintien à titre définitif d’un protocole de coopération :

« 1° L’Académie de médecine, saisie pour avis de projets de texte réglementaire portant sur des actes professionnels mentionnés au 1° et au dernier alinéa de l’article L. 4161-1 du présent code aux fins d’étendre ou de pérenniser tout ou partie du protocole, se prononce dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle elle a été saisie ;

« 2° Les dérogations prévues à l’article L. 4011-1 demeurent applicables jusqu’à l’entrée en vigueur des textes réglementaires mentionnés au 1° du présent III ;

« 3° Les actes prévus par les protocoles sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé, selon des modalités définies par voie réglementaire. » ;

4° Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable à la prise en charge financière définitive d’un protocole de coopération, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent proroger la durée du financement prévu à l’article L. 4011-2-2 du présent code jusqu’à l’inscription des actes du protocole sur la liste mentionnée à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. »

II. – Le titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L’article L. 161-37 est ainsi modifié :

a) Le 9° est ainsi rédigé :

« 9° Rendre l’avis mentionné au dernier alinéa de l’article L. 4011-2 du code de la santé publique ; »

b) Après le 9°, il est inséré un 10° ainsi rédigé :

« 10° Rendre l'avis mentionné au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, ainsi qu'un avis portant évaluation de chacun des actes prévus par les protocoles de coopération conformément au 1° du présent article. » ;

2° L'article L. 162-1-7-1 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après la référence : « L. 162-1-7 », sont insérés les mots : « du présent code ou au I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique » ;

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

« 4° Des actes inscrits dans un protocole de coopération ayant recueilli un avis favorable du collège des financeurs en application du III de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique. » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 162-1-8, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° ».

## **Article 72**

La section 2 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Le 8° de l'article L. 162-9 est ainsi rétabli :

« 8° Les conditions à remplir par les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes pour être conventionné, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. » ;

2° Le 3° de l'article L. 162-12-9 est complété par les mots : « ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ».

## **Article 73**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-17-3 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase du premier alinéa du I est complétée par les mots : « et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 » ;

b) Au premier alinéa du II, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « ainsi que des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 » ;

2° L'article L. 165-3 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, la mention : « I. – » est supprimée ;

b) Le II est abrogé ;

3° Après l'article L. 165-4, il est inséré un article L. 165-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-4-1.* – I. – Le cadre des conventions mentionnées aux articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4 peut être précisé par un accord-cadre conclu entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

« Sans préjudice de l'article L. 162-17-4, cet accord-cadre prévoit notamment les conditions dans lesquelles les conventions déterminent :

« 1° Les modalités d'échanges d'informations avec le comité en matière de suivi et de contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables ;

« 2° Les conditions et les modalités de mise en œuvre, par les fabricants ou distributeurs, d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1.

« L'accord-cadre prévoit également les conditions dans lesquelles le comité met en œuvre une réduction des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, des prix de certaines catégories de produits et prestations mentionnés au même article L. 165-1 pour garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au II de l'article L. 162-17-3 et à l'article L. 165-4.

« II. – En cas de manquement par un fabricant ou un distributeur à un engagement souscrit en application du 2° du I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer à son encontre, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière.

« Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre des produits ou prestations faisant l'objet de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au présent II sont définis par décret en Conseil d'État. »

#### **Article 74**

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

1° Le 7° de l'article L. 121-7 est abrogé ;

2° Au *b* de l'article L. 313-3, la référence : « *b* du » et les mots : « , ainsi que pour les établissements et services mentionnés au *a* du 5° du I du même article » sont supprimés ;

3° Au 1° de l'article L. 314-3-1, la référence : « *b* du » est supprimée ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 314-4 est ainsi modifié :

*a*) La référence : « aux *a* du 5° , » est supprimée ;

*b*) Après le mot : « considéré », la fin est supprimée ;

5° À l'article L. 345-3, les mots : « ou dans un centre d'aide par le travail » sont supprimés et le mot : « leur » est remplacé par le mot : « la » ;

6° À l'article L. 344-4, les mots : « des centres d'aide par le travail » sont remplacés par les mots : « des établissements mentionnés au *a* du 5° du I de l'article L. 312-1 » et les mots : « pour les établissements de rééducation professionnelle par l'assurance maladie, et pour les centres d'aide par le travail par l'aide sociale à la charge de l'État » sont remplacés par les mots : « par l'assurance maladie ».

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

1° Le 3° de l'article L. 160-8, dans sa rédaction résultant de l'article 59 de la présente loi, est ainsi rédigé :

« 3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles :

« a) Des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés aux 2° et 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

« b) Des frais de fonctionnement liés à l'activité sociale ou médico-sociale des établissements mentionnés au 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ; »

2° L'article L. 412-8 est ainsi modifié :

a) Après le 18°, il est inséré un 19° ainsi rédigé :

« 19° Les bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services définis au a du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles prescrites par les maisons départementales des personnes handicapées, par les organismes assurant des services d'évaluation ou d'accompagnement des besoins des personnes handicapées mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 146-3 du même code ou par des organismes accompagnant des mises en situation ayant passé une convention avec la maison départementale des personnes handicapées leur ouvrant la possibilité de prescrire ces mises en situation, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces mises en situation. » ;

b) À la première phrase du dernier alinéa, la référence : « et 18° » est remplacée par les références : « , 18° et 19° ».

III. – Le I et le 1° du II s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

## **Article 75**

I. – Le titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et, le cas échéant, de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

« À compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale. » ;

2° Le IV *bis* de l'article L. 314-7 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« IV *bis*. – La décision fixant la tarification au titre de l'année prévoit, dans des conditions prévues par décret, des tarifs de reconduction provisoires applicables au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit.

« Dans le cas où les tarifs n'ont pas été arrêtés avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice en cause et si un tarif de reconduction provisoire n'a pas été fixé, les recettes relatives à la facturation desdits tarifs sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs. » ;

b) Au second alinéa, la référence : « du précédent alinéa » est remplacée par les références : « des deux premiers alinéas du présent IV *bis* ».

II. – Après l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-24-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-24-2. – L'action des établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles pour le paiement, par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code, des prestations et soins

médicaux à la charge de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée à la caisse, ou par trois mois à compter du premier jour du mois suivant celui où la décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles a été notifiée à l'établissement si cela conduit à appliquer une échéance plus tardive.

« Cette prescription est également applicable à l'action intentée par l'organisme payeur en recouvrement des prestations indûment supportées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration, à compter de la date de paiement des sommes indues.

« Les modalités de reversement des sommes payées par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code aux différents organismes d'assurance maladie ainsi que des sommes recouvrées par la caisse en application du deuxième alinéa du présent article sont fixées par décret.

« La commission de recours amiable de la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 est compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause. »

III. – A. – Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé établit par arrêté, le cas échéant conjoint avec le président du conseil départemental concerné, la liste des établissements et services devant signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et fixe la date prévisionnelle de cette signature. Cette programmation, d'une durée de six ans, est mise à jour chaque année.

B. – Le deuxième alinéa du même article L. 313-12-2, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, est applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

C. – L'article L. 162-24-2 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte du II du présent article, s'applique aux prestations et soins médicaux délivrés par les établissements médico-sociaux concernés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## **Article 76**

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport précisant les conditions de

mise en œuvre de la continuité des soins entre le domicile et le placement dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, notamment les modalités de facturation directe à l'assurance maladie des dispositifs inscrits sur la liste des prestations et produits remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et non pris en charge dans le cadre du forfait global relatif aux soins.

### CHAPITRE III

#### **Poursuite de la réforme du financement des établissements**

##### **Article 77**

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

1° À la première phrase, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année : « 2019 » ;

2° Après la deuxième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder une limite maximale fixée par décret. » ;

3° La troisième phrase est ainsi modifiée :

a) Au début, les mots : « Ces tarifs » sont remplacés par les mots : « Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré » ;

b) Après le mot : « Mayotte », sont insérés les mots : « ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ».

II. – Le *b* du 3° du I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

##### **Article 78**

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

1° Le 1° de l'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après la référence « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « et L. 162-23-6 » ;

b) À la fin, la référence : « et L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « , L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 138-10, la référence : « , à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

3° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14-2, la référence : « de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 162-5-17, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

5° L'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa du I, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » et la référence : « au même article L. 162-22-7 » est remplacée par les mots : « aux mêmes articles » ;

b) À la première phrase du II, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » et la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-5, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

7° L'article L. 162-22 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22.* – Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financés :

« 1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie, conformément à l'article L. 162-22-6 du présent code ;

« 2° Pour les activités de psychiatrie, conformément à l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 et

conformément à l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 ;

« 3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés à l'article L. 174-5, conformément à l'article L. 174-1 ;

« 4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-1. » ;

8° L'intitulé de la sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> est ainsi rédigé : « Dispositions relatives aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie » ;

9° La sous-section 4 de la même section 5 devient la sous-section 6 ;

10° La même sous-section 4 est ainsi rétablie :

*« Sous-section 4*

*« Dispositions relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation*

« Art. L. 162-23. – I. – Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

« Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions intervenues en cours d'année.

« Il distingue les parts afférentes :

« 1° Aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ;

« 2° À la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8.

« II. – Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 6° de l'article L. 162-23-4 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code peuvent être déterminés, en tout ou partie, à partir des données afférentes au coût relatif des prestations, issues notamment de l'étude nationale de coûts définie à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique.

« *Art. L. 162-23-1.* – Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations les plus représentatives des établissements de santé, détermine :

« 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à une facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

« *Art. L. 162-23-2.* – Les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 sont financées par :

« 1° Des recettes issues de l'activité de soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 ;

« 2° Le cas échéant, des financements complémentaires prenant en charge :

« *a)* Les spécialités pharmaceutiques, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-6 ;

« *b)* Les plateaux techniques spécialisés, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-7 ;

« c) Les missions mentionnées à l'article L. 162-23-8 ;

« d) L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-15.

« *Art. L. 162-23-3.* – Les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-2 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :

« 1° Une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité antérieure, mesurée par les données prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, valorisée par une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code et par le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie au titre de cette activité, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

« 2° Pour chaque séjour, un montant forfaitaire correspondant à une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5.

« *Art. L. 162-23-4.* – Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :

« 1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;

« 2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;

« 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;

« 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

« 5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;

« 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.

« Sont applicables au 1<sup>er</sup> mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.

« Sont applicables au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.

« *Art. L. 162-23-5. – I. –* Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements de santé.

« 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 tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.

« *Art. L. 162-23-6. – I. –* L'État fixe, 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, la liste des spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients pris en charge dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des spécialités pharmaceutiques mentionnées au même 1°.

« II. – Les établissements sont remboursés sur présentation des factures, dans le respect du montant affecté aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques prévu au 1° du I de l'article L. 162-23. Ces remboursements peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de ce montant.

« Sous réserve du respect du montant défini au même 1°, l'État peut verser aux établissements de santé le montant correspondant à la différence

entre les montants issus des factures et ceux issus des factures minorés du coefficient mentionné au premier alinéa du présent II. Avant le 1<sup>er</sup> mai de l'année suivante, l'État arrête le montant à verser aux établissements de santé.

« *Art. L. 162-23-7.* – Les charges non prises en compte par les tarifs des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 liées à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants peuvent être compensées en tout ou partie par un forfait.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnés au premier alinéa du présent article.

« *Art. L. 162-23-8.* – I. – La part prévue au 2° du I de l'article L. 162-23, affectée à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux *a, b, c* et *d* de l'article L. 162-22-6, participe notamment au financement des engagements relatifs :

« 1° Aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code ;

« 2° À la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins ;

« 3° À l'amélioration de la qualité des soins ;

« 4° À la réponse aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation à l'article L. 162-1-7 du présent code ;

« 5° À la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements.

« Par dérogation à l'article L. 162-23-1, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des missions financées par cette dotation.

« Les engagements mentionnés aux 1° à 5° sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

« Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application des articles L. 174-2 ou L. 174-18, selon le cas.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en fonction du montant mentionné au 2° du I de l'article L. 162-23 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

« II. – Le montant annuel de la dotation de chaque établissement de santé est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu au 1° du I du présent article.

« Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation sont fixées à l'article L. 162-23-10.

« *Art. L. 162-23-9.* – Dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux prévus au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° de l'article L. 162-23-4, servent de base à l'exercice des recours contre les tiers et à la facturation des prestations prévues au 1° de l'article L. 162-23-1 des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20.

« *Art. L. 162-23-10.* – Le forfait relatif aux plateaux techniques spécialisés et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-23-7 et L. 162-23-8 sont versés par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 aux établissements de santé dans les conditions fixées par voie réglementaire.

« Art. L. 162-23-11. – Les modalités d’application de la présente sous-section sont fixées par décret en Conseil d’État. » ;

11° Après la même sous-section 4, telle qu’elle résulte du 10° du présent I, est insérée une sous-section 5 intitulée : « Dispositions communes aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d’odontologie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » et comprenant les articles L. 162-22-17, L. 162-22-18, L. 162-22-19 et L. 162-22-20 qui deviennent, respectivement, les articles L. 162-23-12, L. 162-23-13, L. 162-23-14 et L. 162-23-15 ;

12° Au premier alinéa de l’article L. 162-22-18, les mots : « des dispositions de l’article L. 162-22-6 » sont remplacés par les références : « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

13° L’article L. 162-22-19 est ainsi modifié :

a) Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Le financement des activités de soins de suite et de réadaptation et ses conséquences sur l’activité et l’équilibre financier des établissements publics et privés ; »

b) À la fin de la première phrase du 2°, la référence : « à l’article L. 162-22-13 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 » ;

14° L’article L. 162-22-20 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « au 1° » est remplacée par les références : « aux 1° et 4° » ;

b) À la seconde phrase du second alinéa, le mot : « définis » est remplacé le mot : « définies » ;

15° L’article L. 162-26 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, la référence : « et L. 162-14-1 » est remplacée par les références : « , L. 162-14-1 et L. 162-21-1 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « de soins de suite ou de réadaptation » sont supprimés ;

16° L’article L. 162-27 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

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

« Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6, elles bénéficient d'un remboursement sur facture dans les conditions définies au même article et sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6. » ;

c) À la première phrase du dernier alinéa, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « ou à l'article L. 162-23-6 » ;

17° Le premier alinéa de l'article L. 174-2-1 est ainsi modifié :

a) La référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

b) La référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

18° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « , L. 162-22-18 » est supprimée ;

b) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11.

« Sont applicables aux activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15. » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23. » ;

19° L'article L. 753-4 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

b) À la fin du 3°, les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 ».

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

1° À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 6114-1, la référence : « L. 162-22-18 » est remplacée par la référence : « L. 162-23-13 » ;

2° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 est ainsi modifiée :

a) Après la référence : « L. 162-22-10 », est insérée la référence : « et au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;

b) La référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

c) La référence : « à l'article L. 162-22-8 » est remplacée par les mots : « aux articles L. 162-22-8 et L. 162-23-7 du même code, de la dotation prévue à l'article L. 162-23-15 » ;

d) La référence : « à l'article L. 162-22-14 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-14 et L. 162-23-8 » ;

e) Après la référence : « L. 162-22-16 », est insérée la référence : « , L. 162-23-3 » ;

3° Le I de l'article L. 6145-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 162-22-10 », est insérée la référence : « ou au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;

b) Au 2°, après la référence : « L. 162-22-14 », est insérée la référence : « et au II de l'article L. 162-23-8 » ;

c) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code. »

III. – Le présent article est applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.

A. – Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1<sup>o</sup> du même article peut être différencié entre les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, d'une part, et les établissements mentionnés aux *d* et *e* du même article, d'autre part.

B. – Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1<sup>o</sup> de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.

Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1<sup>er</sup> mars 2017 et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2022.

Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.

L'État fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.

La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2022.

Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent B.

C. – Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2020 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.

IV. – Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2016, par dérogation aux articles L. 162-22-2 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, une part du montant des objectifs mentionnés aux mêmes articles est affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la

constitution d'une dotation. Cette dotation participe au financement des missions d'intérêt général exercées par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22-6 du même code dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.

Les engagements des établissements de santé sont inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :

1° La liste des missions financées par cette dotation ainsi que les critères d'attribution aux établissements ;

2° Le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent IV et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.

Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement. Ces dotations sont versées aux établissements, dans des conditions fixées par décret, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

V. – Du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 28 février 2017, un montant afférent aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.

## **Article 79**

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2016, un rapport portant sur la prise en charge de l'ensemble des frais directs ou indirects liés à une pathologie cancéreuse et sur les restes à charge des patients, notamment liés à une chirurgie réparatrice, par exemple dans les cas de cancers du sein.

## Article 80

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> octobre 2016, un rapport relatif au développement et à la valorisation des consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé. Il a notamment pour objet d'évaluer l'amélioration de la prise en charge de ces consultations au regard des économies induites par leur développement.

## Article 81

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

1° Au début du premier alinéa, les mots : « En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-4 » sont remplacés par les mots : « Lorsqu'il constate que les pratiques ou les prescriptions d'un établissement de santé ne sont pas conformes à l'un des référentiels mentionnés à l'article L. 162-30-3 ou lorsque l'établissement est identifié en application du plan d'actions » ;

2° À la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « l'avant-dernier alinéa du II de » sont supprimés.

II. – L'article L. 162-22-7 du même code est ainsi modifié :

1° Les deuxième à avant-dernier alinéas du I sont supprimés ;

2° Le II est abrogé.

III. – Les articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-30-2.* – Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique. Il a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.

« Ce contrat comporte :

« 1° Un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations ;

« 2° Le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou ne respectant pas, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3.

« Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les obligations respectives des parties, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.

« En cas de refus par un établissement de santé de conclure ce contrat ou l'un de ses volets, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. La somme de cette sanction et de celles mentionnées à l'article L. 162-30-4 ne peut être supérieure à 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie. En cas de refus de conclure les volets relatifs aux produits de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut choisir, à la place de la sanction mentionnée à la première phrase du présent alinéa, de réduire de 30 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

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

« *Art. L. 162-30-3.* – L'État arrête, sur la base de l'analyse nationale ou régionale des dépenses d'assurance maladie ou des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, sur certains actes, prestations

ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels de santé y exerçant. Ils peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, dès lors qu'elles sont prescrites ou dispensées au sein d'un établissement de santé. Ils peuvent être nationaux ou régionaux.

« 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, précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant conclure un volet additionnel au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2.

« Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'État ou en application du plan d'actions régional susmentionné, elle peut proposer à cet établissement de conclure un avenant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné au même article L. 162-30-2.

« Les modalités d'élaboration du plan d'actions, les catégories d'actes, prestations ou prescriptions qui font l'objet de ces contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret.

« *Art. L. 162-30-4.* – La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non-réalisation ou de réalisation partielle de ces objectifs, le directeur général 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, prononcer une sanction financière proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite, pour chaque volet du contrat, de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos et dans la limite totale, pour l'ensemble des volets, de 5 % de ces produits par an.

« La non-réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peut également donner lieu à la mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions, dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-17, ou, lorsqu'il s'agit de manquements relatifs à des produits de santé, à la réduction, dans la limite de 30 % et en tenant compte des manquements

constatés, de la part prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 en lieu et place de la sanction mentionnée au premier alinéa du présent article. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. »

IV. – L'article L. 322-5-5 du même code est abrogé.

V. – Les I, II et IV du présent article ainsi que les articles L. 162-30-2 et L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant de la présente loi, entrent en vigueur le lendemain de la publication du décret mentionné au même article L. 162-30-2 pour les nouveaux contrats, et au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Les contrats conclus avant la publication du décret précité continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017.

L'article L. 162-30-3 du même code, dans sa rédaction résultant du présent article, entre en vigueur le lendemain de la publication du décret mentionné à l'article L. 162-30-2 dudit code pour les nouveaux contrats. Les contrats conclus avant la publication du décret précité continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017.

## **Article 82**

Le premier alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment celles relatives à l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé. »

## **Article 83**

I. – La seconde phrase du II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « issues notamment des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique ».

II. – Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6113-11 devient l'article L. 6113-14 ;

2° Après l'article L. 6113-10-2, sont insérés des articles L. 6113-11 à L. 6113-13 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6113-11.* – Afin de disposer de données sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, des études nationales de coûts sont réalisées chaque année auprès d'établissements de santé relevant des catégories mentionnées aux *a* à *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

« Ces études portent sur des champs d'activité définis par décret en Conseil d'État.

« La réalisation de ces études est confiée à une personne publique désignée par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 6113-12.* – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent chaque année, sur proposition de la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, la liste des établissements de santé participant aux études nationales de coûts de l'année suivante.

« Cette liste est élaborée dans les conditions suivantes :

« 1° Un appel à candidatures est réalisé par la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11. Les établissements de santé ayant fait acte de candidature participent aux études nationales de coûts sous réserve qu'ils soient en mesure de fournir des données, notamment médicales et comptables, nécessaires à leur réalisation. Dans le cas contraire, ils peuvent bénéficier d'un accompagnement en vue de préparer leur participation aux études nationales de coûts de l'année suivante ;

« 2° À l'issue de l'appel à candidatures mentionné au 1° du présent article, lorsque la liste d'établissements sélectionnés est insuffisante pour disposer de données fiables sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 met en œuvre une procédure complémentaire de sélection d'établissements de santé dont la participation aux études nationales de coûts permettrait, en raison de leur statut ou de leurs activités, d'améliorer la fiabilité de la mesure des coûts.

« Les établissements sélectionnés selon cette procédure complémentaire transmettent à la personne publique mentionnée au dernier alinéa du même article L. 6113-11 les informations permettant de s'assurer de leur capacité à fournir les données nécessaires à la réalisation des études nationales de coûts. Seuls les établissements en mesure de fournir de telles données participent aux études nationales de coûts. Les établissements qui ne remplissent pas cette condition peuvent bénéficier d'un accompagnement en vue de préparer leur participation aux études nationales de coûts de l'année suivante.

« En cas de refus d'un établissement de santé sélectionné selon la procédure complémentaire de transmettre à la personne publique mentionnée au dernier alinéa dudit article L. 6113-11 les informations mentionnées à l'avant-dernier alinéa du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« *Art. L. 6113-13.* – Une convention est signée entre la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 et chaque établissement de santé figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6113-12.

« En cas de refus d'un établissement de santé de signer cette convention, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« En contrepartie des moyens engagés par l'établissement pour produire les données nécessaires à la réalisation des études nationales de coûts, la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 assure à cet établissement un financement dans les conditions définies par la convention.

« En cas de non-respect de ses obligations contractuelles, l'établissement restitue les indemnités perçues, dans les conditions définies par la convention. »

## CHAPITRE IV

### **Autres mesures et objectifs financiers**

#### **Article 84**

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

1° Le 5° du I de l'article L. 162-14-1 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « réalisées », sont insérés les mots : « dans le cadre des activités de permanence des soins, mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, et » ;

b) Les mots : « l'assiette et » sont remplacés par les mots : « les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, » ;

2° L'article L. 612-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 612-3.* – Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité défini au présent titre une contribution à la charge des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1, dont le taux est égal à 3,25 %.

« Cette contribution est calculée et recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 sur la part des revenus d'activité professionnelle tirés :

« 1° Des dépassements mentionnés au 18° de l'article L. 162-5, à l'article L. 162-5-13 et au 1° de l'article L. 162-14-1 ;

« 2° Des activités ne relevant pas du champ des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1, à l'exception des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération et à l'exception de la participation à la permanence des soins définie à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique. »

II. – Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2018, la participation financière de l'assurance maladie-maternité prévue au 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, est plafonnée, sauf en cas d'accord conclu à compter de la publication de la présente loi, à un montant calculé, pour chaque catégorie de revenus prise en compte dans les conventions mentionnées au même article, sur la base du taux des cotisations applicables à cette catégorie de revenus diminué de 0,1 point.

III. – Le présent article est applicable aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, y compris aux cotisations calculées à titre provisionnel pour l'exercice 2016.

Pour l'année 2016 et par dérogation au taux prévu à l'article L. 612-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, le taux de la contribution définie au même article est fixé à 1,65 %.

### **Article 85**

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 307 millions d'euros pour l'année 2016.

II. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 87,5 millions d'euros pour l'année 2016.

III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, mentionné à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique, est fixé à 15,2 millions d'euros pour l'année 2016.

IV. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 117,17 millions d'euros pour l'année 2016.

### **Article 86**

Pour l'année 2016, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 201,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 177,9 milliards d'euros.

### Article 87

Pour l'année 2016, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

*(En milliards d'euros)*

	<b>Objectif de dépenses</b>
Dépenses de soins de ville.....	84,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.....	58,1
Autres dépenses relatives aux établissements de santé .....	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	8,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.....	9,3
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional.....	3,1
Autres prises en charge.....	1,7
<b>Total</b> .....	<b>185,2</b>

### TITRE V

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

### Article 88

Pour l'année 2016, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

*(En milliards d'euros)*

	<b>Prévisions de charges</b>
Fonds de solidarité vieillesse .....	20,1

## TITRE VI

### DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

#### Article 89

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

1° L'article L. 161-23-1 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « chaque année, », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

2° Après les mots : « chaque année », la fin de l'article L. 341-6 est ainsi rédigée : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

3° À l'article L. 351-11, les mots : « chaque année par application du coefficient annuel de revalorisation mentionné » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues » ;

4° À la fin du troisième alinéa de l'article L. 353-5, les mots : « suivant les modalités prévues par l'article L. 351-11 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 356-2, les mots : « révisé dans les mêmes conditions que les prestations servies en application des chapitres I<sup>er</sup> à IV du titre V du présent livre » sont remplacés par les mots : « revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

6° À l'article L. 413-7, les mots : « des coefficients de revalorisation prévus » sont remplacés par les mots : « du coefficient de revalorisation prévu » ;

7° À la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 434-1, les mots : « dans les conditions fixées à l'article L. 351-11 » sont remplacés par les mots : « au 1<sup>er</sup> avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

8° La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 434-2 est ainsi rédigée :

« Elle est revalorisée au 1<sup>er</sup> avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

9° À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 434-6, les mots : « des coefficients mentionnés » sont remplacés par les mots : « du coefficient mentionné » ;

10° Au premier alinéa de l'article L. 434-16, les mots : « d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité par les arrêtés pris en application de l'article L. 341-6 » sont remplacés par les mots : « au 1<sup>er</sup> avril de chaque année d'après le coefficient mentionné à l'article L. 161-25, » ;

11° L'article L. 434-17 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 434-17.* – Les rentes mentionnées à l'article L. 434-15 sont revalorisées au 1<sup>er</sup> avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

12° L'article L. 551-1 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « chaque année », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

13° À l'article L. 816-2, les mots : « des allocations définies au présent titre et des plafonds de ressources prévus pour leur attribution » sont remplacés par les mots : « de l'allocation définie à l'article L. 815-1 et des plafonds de ressources prévus pour son attribution » et les mots : « aux mêmes dates et selon les mêmes conditions que celles applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6 » sont remplacés par les mots : « au 1<sup>er</sup> avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

14° Le premier alinéa de l'article L. 861-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « , révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix » sont remplacés par les mots : « et revalorisé au 1<sup>er</sup> avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

b) Les deuxième et troisième phrases sont supprimées ;

c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le montant du plafond est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

II. – Au *a* du 1° de l'article L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « au premier alinéa de » sont remplacés par le mot : « à ».

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

1° Au 2° des articles L. 732-24 et L. 762-29, les mots : « chaque année suivant les coefficients fixés en application de » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 751-46, les mots : « des coefficients mentionnés » sont remplacés par les mots : « du coefficient mentionné » ;

3° À la seconde phrase du sixième alinéa de l'article L. 752-6, les mots : « les coefficients prévus » sont remplacés par les mots : « le coefficient prévu » ;

4° Au 5° de l'article L. 753-8, les mots : « des coefficients de revalorisation prévues » sont remplacés par les mots : « du coefficient de revalorisation prévu ».

IV. – À l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 74-1118 du 27 décembre 1974 relative à la revalorisation de certaines rentes allouées en réparation du préjudice causé par un véhicule terrestre à moteur, les mots : « les coefficients de revalorisation prévus » sont remplacés par les mots : « le coefficient de revalorisation prévu ».

V. – Au début du *f* du 1° de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, les mots : « Au premier alinéa de » sont remplacés par le mot : « À ».

VI. – Le 11° de l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi rédigé :

« 11° Article L. 551-1 ; ».

## Article 90

À l'article 1084 du code général des impôts, le mot : « caisses » est remplacé par le mot : « organismes » et le mot : « autorisées » est remplacé par le mot : « autorisés ».

## Article 91

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 122-2, les références : « L. 216-2-1 et L. 216-2-2 » sont remplacées par les références : « L. 122-6, L. 122-7, L. 122-8, L. 122-9 et L. 611-11 » ;

2° Après le chapitre II du titre II du livre I<sup>er</sup>, il est inséré un chapitre II *bis* ainsi rédigé :

### « CHAPITRE II BIS

#### « *Organisation et gestion des missions et activités* »

« *Art. L. 122-6. – I. – Les conseils d'administration des organismes nationaux définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes de la branche ou du régime concerné.*

« Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou à plusieurs organismes de la branche ou du régime la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.

« Les modalités de mise en œuvre des orientations mentionnées au deuxième alinéa sont fixées par une convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux, à l'exception des modalités de traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites, qui sont précisées par décret. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.

« II. – Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations,

notamment agir en demande et en défense devant les juridictions. Il peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.

« III. – L'union de recouvrement désignée peut assurer, pour le compte d'autres unions, des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement ainsi qu'à la gestion des activités de trésorerie. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.

« IV. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

« *Art. L. 122-7.* – Le directeur d'un organisme local ou régional peut déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions ou activités liées à la gestion des organismes, par une convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de chaque branche concernée.

« Lorsque la mutualisation inclut des activités comptables, financières ou de contrôle relevant de l'agent comptable, la convention est également signée par les agents comptables des organismes concernés.

« *Art. L. 122-8.* – Les directeurs d'organismes nationaux peuvent confier à un ou plusieurs organismes de sécurité sociale d'une autre branche ou d'un autre régime des missions ou activités relatives à la gestion des organismes de leur réseau, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.

« Les modalités de mise en œuvre du premier alinéa, à l'exception des modalités de traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites, qui sont précisées par décret, sont fixées par une convention signée par les directeurs des organismes nationaux concernés.

« *Art. L. 122-9.* – Lorsque l'organisme délégant conserve la responsabilité des opérations de paiement, l'agent comptable de l'organisme délégataire chargé des opérations de liquidation des sommes à payer effectue des vérifications permettant d'attester l'exactitude de ces opérations préalablement à leur mise en paiement par l'agent comptable de l'organisme délégant. Ces vérifications sont effectuées selon des orientations fixées conjointement avec l'agent comptable de l'organisme délégant et sous sa responsabilité, en cohérence avec les référentiels de contrôle interne des branches ou régimes concernés. » ;

3° Les articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 sont abrogés ;

4° Après le mot : « missions », la fin du 3° de l'article L. 221-3-1 est supprimée ;

5° Après l'article L. 611-9, il est inséré un article L. 611-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 611-9-1.* – Les caisses de base appelées à fusionner en application de l'article L. 611-9 peuvent décider d'établir un budget unique et une comptabilité unique des opérations budgétaires. Le choix de tenir une comptabilité unique peut être également étendu à tout ou partie des opérations techniques réalisées dans le cadre de l'article L. 611-11.

« Le directeur de la caisse nationale désigne parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner celui chargé d'élaborer et d'exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique. Il désigne également parmi les agents comptables des caisses appelées à fusionner celui chargé d'établir le compte unique.

« Le budget unique et le compte unique sont approuvés par chacun des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner.

« Les modalités de mise en œuvre des décisions prévues au premier alinéa sont fixées par une convention, établie selon un modèle fixé par la caisse nationale, entre les caisses de base concernées, signée par leur directeur et leur agent comptable, après avis de leur conseil d'administration et validation conjointe par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale. »

## **Article 92**

I. – Le chapitre IV *ter* du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première occurrence de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-9, à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-10, au premier alinéa de l'article L. 114-11 et à la première occurrence du 1° de l'article L. 114-19, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « chargés de la gestion d'un régime obligatoire » ;

2° L'article L. 114-10 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « la sécurité sociale », sont insérés les mots : « ou par arrêté du ministre chargé de l'agriculture » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « du régime général » sont remplacés par les mots : « et différents régimes de la sécurité sociale » ;

c) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme concernant l'attribution des prestations dont il a la charge. » ;

d) Le dernier alinéa est supprimé.

II. – Le titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 724-7, les mots : « ainsi que de celles des articles L. 732-56 et suivants » sont remplacés par les mots : « , le contrôle de l'application des articles L. 732-56 à L. 732-63 ainsi que le contrôle des mesures d'action sanitaire et sociale mentionnées au chapitre VI du présent titre II » ;

2° L'article L. 724-11 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole peuvent demander aux cotisants, aux bénéficiaires de prestations, aux assurés sociaux et à leurs ayants droit leur nom, leur adresse, leur emploi, le montant de leurs revenus ainsi que toute information utile à l'exercice de leur mission.

« Les cotisants, les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants droit sont tenus de recevoir les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole qui se présentent pour assurer l'exercice de leurs missions et de leur présenter tous documents nécessaires à l'exercice de leur contrôle ou de leur enquête. » ;

b) L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« À l'issue du contrôle, les agents mentionnés au premier alinéa doivent communiquer aux personnes contrôlées leurs observations sur les cotisations et contributions dues, en les invitant à y répondre dans un délai déterminé. » ;

3° Les articles L. 725-14 et L. 725-15 sont abrogés.

### **Article 93**

Le titre IV du livre VI du code de commerce est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 643-11 est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Lorsque la créance a pour origine des manœuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale mentionnés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale. L'origine frauduleuse de la créance est établie soit par une décision de justice, soit par une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L. 114-17 et L. 114-17-1 du même code. » ;

2° À la deuxième phrase de l'article L. 645-11, la référence : « et 2° » est remplacée par la référence : « à 3° ».

### **Article 94**

I. – La section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VII du livre II de la huitième partie du code du travail est complétée par un article L. 8271-6-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 8271-6-3.* – Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 peuvent transmettre aux agents habilités par le directeur du Conseil national des activités privées de sécurité, mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure, tous renseignements et tous documents leur permettant d'assurer le contrôle des personnes exerçant les activités privées de sécurité pour tirer les conséquences d'une situation de travail illégal.

« Les agents habilités par le directeur du Conseil national des activités privées de sécurité peuvent transmettre aux agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du présent code tous renseignements et documents nécessaires à leur mission de lutte contre le travail illégal. »

II. – Le livre VI du code de la sécurité intérieure est ainsi modifié :

1° La section 1 du chapitre IV du titre III est complétée par un article L. 634-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 634-3-1.* – Les dispositions applicables aux échanges d’informations entre les agents habilités par le directeur du Conseil national des activités privées de sécurité et les agents de contrôle mentionnés à l’article L. 8271-1-2 du code du travail sont définies à l’article L. 8271-6-3 du même code. » ;

2° Après le 7° de l’article L. 642-1, il est inséré un 7° *bis* ainsi rédigé :

« 7° *bis* À l’article L. 634-3-1, les mots : “à l’article L. 8271-1-2 du code du travail” sont remplacés par les mots : “aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du code du travail applicable à Mayotte” ; »

3° Après le 11° de l’article L. 645-1, il est inséré un 11° *bis* ainsi rédigé :

« 11° *bis* À l’article L. 634-3-1, les mots : “agents de contrôle mentionnés à l’article L. 8271-1-2 du code du travail” sont remplacés par les mots : “agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement” ; »

4° Après le 12° de l’article L. 646-1, il est inséré un 12° *bis* ainsi rédigé :

« 12° *bis* À l’article L. 634-3-1, les mots : “agents de contrôle mentionnés à l’article L. 8271-1-2 du code du travail” sont remplacés par les mots : “agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement” ; »

5° Après le 11° de l’article L. 647-1, il est inséré un 11° *bis* ainsi rédigé :

« 11° *bis* À l’article L. 634-3-1, les mots : “agents de contrôle mentionnés à l’article L. 8271-1-2 du code du travail” sont remplacés par les mots : “agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement” ; ».

III. – Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre III du code du travail applicable à Mayotte est complété par un article L. 313-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-7.* – Les agents de contrôle mentionnés aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du présent code peuvent transmettre aux agents habilités par le directeur du Conseil national des activités privées de sécurité, mentionnés à l’article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure, tous renseignements et tous documents leur permettant

d'assurer le contrôle des personnes exerçant les activités privées de sécurité pour tirer les conséquences d'une situation de travail illégal.

« Les agents habilités par le directeur du Conseil national des activités privées de sécurité peuvent transmettre aux agents de contrôle mentionnés aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du présent code tous renseignements et documents nécessaires à leur mission de lutte contre le travail illégal. »

IV. – L'article L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sans préjudice des facultés d'échange d'informations dont ils disposent avec les agents des autorités administratives mentionnées à l'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives, les agents des services mentionnés à l'article L. 811-2 du code de la sécurité intérieure ou des services désignés par le décret en Conseil d'État prévu à l'article L. 811-4 du même code sont habilités à transmettre aux agents mentionnés à l'article L. 114-16-3 du présent code les informations strictement utiles à l'accomplissement de leurs missions, lorsque la transmission de ces informations participe directement à la poursuite de l'une des finalités prévues à l'article L. 811-3 du code de la sécurité intérieure. »

V. – Le 1° du II du présent article est applicable en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et dans les îles Wallis et Futuna.

## **Article 95**

L'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 3°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le droit prévu au premier alinéa peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » ;

2° À la fin de l'avant-dernier alinéa, le montant : « 7 500 € » est remplacé par les mots : « 1 500 € par cotisant, assuré ou allocataire concerné, sans que le total de l'amende puisse être supérieur à 10 000 € ».

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 30 novembre 2015.*

*Le Président,*  
*Signé : CLAUDE BARTOLONE*



# **ANNEXES**



## ANNEXE A

### Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2014, 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 2014

#### I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2014

(En milliards d'euros)

Actif	2014 (net)	2013 (net)	Passif	2014	2013
<b>Immobilisations</b>	<b>7,0</b>	<b>7,7</b>	<b>Capitaux propres</b>	<b>-110,7</b>	<b>-110,9</b>
Immobilisations non financières	4,3	4,3	<b>Dotations</b>	<b>29,2</b>	<b>30,9</b>
Prêts, dépôts de garantie .....	1,7	2,5	Régime général .....	0,6	0,6
Avances / prêts accordés à des organismes de la sphère sociale .....	1,0	0,9	Autres régimes .....	4,5	4,2
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ...	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR) .....	23,9	26,0
			<b>Réserves</b>	<b>12,1</b>	<b>10,3</b>
			Régime général .....	2,6	2,6
			Autres régimes .....	5,5	5,5
			FRR .....	4,1	2,2
			<b>Report à nouveau</b>	<b>-156,9</b>	<b>-152,6</b>
			Régime général .....	-10,0	-4,3
			Autres régimes .....	-3,8	-3,0
			CADES .....	-143,1	-145,4
			<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>1,4</b>	<b>-1,6</b>
			Régime général .....	-9,6	-12,5
			Autres régimes .....	0,4	-0,6
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV) .....	-3,5	-2,9
			CADES .....	12,7	12,4
			FRR .....	1,4	1,9
			<b>Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)</b>	<b>3,4</b>	<b>2,1</b>

*(En milliards d'euros)*

Actif	2014 (net)	2013 (net)	Passif	2014	2013
			<b>Provisions pour risques et charges</b>	<b>15,0</b>	<b>20,4</b>
<b>Actif financier</b>	<b>58,5</b>	<b>55,4</b>	<b>Passif financier</b>	<b>179,9</b>	<b>173,4</b>
<b>Valeurs mobilières et titres de placement</b> .....	<b>50,4</b>	<b>48,3</b>	<b>Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, euro-papiers commerciaux)</b> .....	<b>162,5</b>	<b>159,8</b>
Régime général.....	0,1	0,5	Régime général .....	24,2	20,5
Autres régimes.....	7,5	6,9	CADES .....	138,2	139,3
CADES .....	7,0	7,1			
FRR .....	35,9	33,9	<b>Dettes à l'égard d'établissements de crédits</b>	<b>12,4</b>	<b>11,2</b>
			Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) (prêts Caisse des dépôts et consignations).....	6,0	3,0
<b>Encours bancaire</b> .....	<b>7,9</b>	<b>6,7</b>	Régime général (ordres de paiement en attente) .....	4,6	4,6
Régime général.....	2,2	1,5	Autres régimes .....	0,8	2,6
Autres régimes.....	1,5	1,8	CADES .....	1,0	1,0
FSV .....	1,2	1,0			
CADES.....	1,7	0,2	<b>Dépôts reçus</b>	<b>1,9</b>	<b>2,2</b>
FRR .....	1,3	2,2	ACOSS.....	1,9	2,2
			<b>Dettes nettes au titre des instruments financiers</b>	<b>0,2</b>	<b>0,0</b>
<b>Créances nettes au titre des instruments financiers</b>	<b>0,2</b>	<b>0,4</b>	ACOSS.....	0,2	0,0
CADES.....	0,2	0,2	<b>Autres</b>		<b>0,2</b>
FRR .....	0,0	0,2	Autres régimes .....		0,1
			CADES .....		0,1
<b>Actif circulant</b>	<b>69,7</b>	<b>63,7</b>	<b>Passif circulant</b>	<b>51,0</b>	<b>43,8</b>
Créances de prestations .....	7,8	7,6	Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires .....	27,1	20,0
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale.....	11,1	9,3	Dettes à l'égard des cotisants .....	1,2	1,2
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions.....	35,7	35,5			
Créances sur entités publiques .....	9,0	9,0	Dettes à l'égard d'entités publiques.....	9,6	8,7
Produits à recevoir de l'État .....	0,5	0,5	Autres passifs .....	13,1	13,8
Autres actifs.....	5,2	1,8			
<b>Total de l'actif</b>	<b>135,2</b>	<b>126,8</b>	<b>Total du passif</b>	<b>135,2</b>	<b>126,8</b>

Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, qui représentent le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 110,7 milliards d'euros au 31 décembre 2014, soit l'équivalent

de 5,2 points de PIB. Après la forte dégradation consécutive à la crise économique des années 2008-2009, ce passif net connaît pour la première fois en 2014 une légère amélioration, qui reflète essentiellement la poursuite de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV (12,8 milliards d'euros en 2014 contre 16,0 milliards d'euros en 2013 et 19,2 milliards d'euros en 2012) et de l'amortissement de la dette portée par la CADES (12,7 milliards d'euros en 2014 contre 12,4 milliards d'euros en 2013).

Cette amélioration se traduit en particulier par le constat, pour la première fois en 2014, d'un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus, avec un excédent de 1,4 milliard d'euros contre un déficit de 1,6 milliard d'euros en 2013.

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, s'établit donc à un niveau proche de celui-ci et en suit les tendances, corrigées des effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui pèsent également sur la trésorerie. Du fait de l'augmentation du besoin en fonds de roulement liée notamment aux créances sur les cotisants émises en 2014, dont le taux de recouvrement est par ailleurs demeuré stable, l'endettement financier net s'établit à 121,3 milliards d'euros au 31 décembre 2014, en légère hausse par rapport à fin 2013.

#### Évolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Passif net au 31 décembre (capitaux propres négatifs) ....	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9	-110,7
Endettement financier net au 31 décembre.....	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0	-121,3
Résultat comptable consolidé de l'exercice .....	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4

#### II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2014

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 9,7 milliards d'euros en 2014. La branche Maladie a ainsi enregistré un déficit de 6,5 milliards d'euros, la branche Famille un déficit de 2,7 milliards d'euros et la branche Vieillesse un déficit de 1,2 milliard d'euros, la branche Accidents du travail et maladies professionnelles ayant quant à elle dégagé un excédent de 0,7 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 3,5 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches Maladie et Famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total. Conformément aux dispositions organiques, la CADES a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes. Même si la reprise des déficits de la branche Vieillesse et du FSV reste prioritaire, compte tenu des marges rendues disponibles par les différentes mesures prises en matière de redressement financier par la réforme des retraites de 2014, la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu que les déficits des exercices 2012 à 2018 des branches Maladie et Famille pourraient être intégrés dans le champ de la reprise, sans modification des plafonds globaux de reprise ni de l'échéance prévisionnelle d'amortissement de la dette transférée à la CADES. Un montant de 10 milliards d'euros a ainsi été repris en 2014, correspondant au transfert des déficits définitifs de la branche Vieillesse et du FSV au titre de 2013 et au financement d'une partie du déficit de la branche Maladie au titre de 2012.

Le PLFSS 2016 vient modifier le calendrier de reprise des dettes, toujours dans le respect du plafond global. Il est en effet proposé de permettre à la CADES de financer dès 2016 l'intégralité du reliquat de déficits à reprendre en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 modifiée. 23,6 milliards d'euros seraient ainsi transférés à la CADES dès 2016, donnant les moyens à cette dernière de réaliser dans des conditions de financement favorables une stratégie globale de portage et d'apurement de la dette sociale qui lui a été transférée. Cette modification permettra de tirer parti des conditions particulièrement favorables de financement actuellement constatées sur les marchés et de prémunir ainsi la sécurité sociale contre le risque qu'une remontée des taux de long terme dégrade les conditions de financement des déficits s'ils étaient transférés plus tardivement.

Par ailleurs, les excédents de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles au titre de l'exercice 2014 (0,6 milliard d'euros) ont été affectés à la réduction des déficits accumulés par cette branche, dont le montant s'est ainsi réduit de 1,7 à 1 milliard d'euros.

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles à l'exception de la branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires et des marins), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État), équilibrés par ces derniers, et enfin du régime social des indépendants dont les déficits étaient couverts jusqu'en 2014 par l'affectation, à due proportion, du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés. Un mécanisme d'intégration financière aux branches Maladie et Vieillesse du régime général s'y substitue à compter de 2015.

Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2014 des résultats déficitaires. S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'est réduit à 0,2 milliard d'euros (contre 0,6 milliard d'euros en 2013), portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 à 2,8 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie de l'ACOSS en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusqu'ici la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2014, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS (2,5 milliards d'euros).

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 0,1 milliard d'euros en 2014, portant le montant cumulé de dette à 1 milliard d'euros. Dans le contexte d'une limitation des concours financiers de la Caisse des dépôts et consignations, partenaire financier historique de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a étendu jusqu'à 2017 les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoyant la faculté de recours à des avances de trésorerie de l'ACOSS à hauteur de 250 millions d'euros, en complément des financements externes procurés par la Caisse des dépôts et consignations et par des établissements bancaires.

Enfin, la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a dégagé, pour la première fois depuis cinq ans, un excédent de 0,4 milliard d'euros (après avoir connu un déficit de 0,1 milliard d'euros en 2013). Cet excédent, qui résulte principalement de l'effet des hausses de taux de cotisations intervenues en 2013 et 2014, a été affecté aux réserves du régime, portant celles-ci à 1,6 milliard d'euros.

## ANNEXE B

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

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2016-2019. Ces prévisions s'inscrivent dans l'objectif de retour progressif à l'équilibre des régimes de sécurité sociale. En 2019, le régime général devrait atteindre un excédent de 1,8 milliard d'euros, ce qui représenterait une amélioration du solde de plus de 11 milliards d'euros par rapport au déficit constaté en 2014.

Malgré un environnement international encore incertain, les pays de la zone euro devraient connaître une accélération économique. Cette conjoncture favorable participera au redressement des comptes de la sécurité sociale, mais celui-ci tiendra tout autant aux efforts continus de maîtrise de la dépense, notamment d'assurance maladie. Au delà de la maîtrise de la dépense, la présente loi est marquée par des réformes d'envergure visant à généraliser l'universalité de la couverture maladie, à développer l'accès à la complémentaire santé et à poursuivre la politique en faveur de la compétitivité des entreprises et de l'emploi.

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 s'inscrit dans la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux

1. Une conjoncture caractérisée par une reprise progressive de l'activité économique

Les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses retenus dans le cadre de la présente loi reposent sur une hypothèse de croissance du produit intérieur brut de 1 % en 2015. La masse salariale du secteur privé, qui détermine une partie prépondérante de l'évolution des recettes des régimes de sécurité sociale, connaîtrait une progression de +1,7 % en 2015.

Pour 2016, l'activité continuerait à accélérer, avec une hypothèse de croissance de l'activité de +1,5 %, ce qui demeure cohérent avec, notamment, les prévisions rendues publiques par l'OCDE au moment du dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui prévoyait une croissance de l'activité de 1,4 % en France en 2016. L'hypothèse de croissance de la masse salariale associée à cette prévision de croissance atteindrait ainsi 2,8 % en 2016.

Cette reprise progressive s'appuie sur une hausse du pouvoir d'achat des ménages, soutenue par une inflation réduite en 2015 (+0,1 %), notamment du fait de la faiblesse des cours du pétrole, et modérée en 2016 (+1 %). En outre, la poursuite des mesures fiscales en faveur des ménages modestes et des classes moyennes, à travers 2 milliards d'euros de nouvelles baisses d'impôts en 2016, contribuera également à soutenir le pouvoir d'achat des ménages.

Par ailleurs, les mesures décidées dans le cadre du pacte de compétitivité et de croissance et du pacte de responsabilité et de solidarité (crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi, poursuite des allègements de cotisations, suppression de la contribution exceptionnelle à l'impôt sur les sociétés et suppression de la contribution sociale de solidarité des sociétés) permettront d'encourager l'investissement, l'emploi et les exportations des entreprises. À moyen et long termes, la croissance de l'emploi et de la masse salariale favorisera le redressement des finances publiques. La trajectoire de retour à l'équilibre des comptes publics, telle qu'exposée par le Gouvernement dans le programme de stabilité et de croissance et mise en œuvre dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, pourra ainsi être confortée.

Conformément à la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, les prévisions économiques sous-jacentes au projet de loi de financement de la sécurité sociale (ainsi qu'au projet de loi de finances) ont fait l'objet d'un avis du Haut Conseil des finances publiques, évaluant la sincérité des hypothèses retenues ainsi que leur cohérence avec la trajectoire pluriannuelle retenue par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019, actualisée par le dernier programme de stabilité et de croissance transmis à la Commission européenne.

2. Des soldes tendanciels en amélioration, à l'exception notable de la branche maladie et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Les soldes tendanciels des régimes obligatoires de base et du FSV, avant prise en compte des mesures nouvelles figurant dans la présente loi,

auraient atteint en 2016 -13,8 milliards d'euros, dont -10,1 milliards d'euros au titre de la branche Maladie et -1,2 milliard d'euros au titre de la branche Famille, la branche Vieillesse dégagant un excédent de 0,4 milliard d'euros ainsi que la branche Accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) (0,7 milliard d'euros). Le FSV présenterait pour sa part un solde déficitaire de 3,7 milliards d'euros.

La progression des dépenses de sécurité sociale qui sous-tendent les résultats exposés ci-dessus est contenue par l'effet des mesures d'économies prises les années précédentes (loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, mesures d'économies sur la branche famille des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015), qui continuent à monter en charge. L'évolution tendancielle des dépenses sur ces branches est donc maîtrisée, au regard des dynamiques observées par le passé. Par ailleurs, ces branches, dont les prestations sont quasiment toutes indexées sur les prix, bénéficient des effets d'une très faible inflation.

L'évolution tendancielle des dépenses de l'assurance maladie est dynamique (+3,6 % d'évolution des dépenses dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie [ONDAM]), même s'il est en légère décélération par rapport à la période récente du fait de la montée en charge des traitements contre le virus de l'hépatite C. Les mesures qui sous-tendent la construction de l'ONDAM fixé par la présente loi permettent de l'infléchir fortement.

3. Un endettement qui se réduit et dont les conditions de financement demeurent favorables

En 2015, pour la première fois depuis 2002, le montant de la dette cumulée portée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) va commencer à se réduire, la dette amortie par la CADES étant équivalente au déficit annuel supporté par l'ACOSS. En 2016, le mouvement de réduction va s'accélérer puisque la dette devrait se réduire de 3,7 milliards d'euros.

Parallèlement à l'amélioration du solde des régimes de sécurité sociale en 2016, il est prévu une reprise anticipée de dette de 23,6 milliards d'euros par la CADES, au lieu d'une triple reprise annuelle de 10,10 puis 3,6 milliards d'euros prévue par les textes antérieurs. Cette mesure vise à profiter de conditions de financement actuelles particulièrement favorables. Les taux de refinancement de la CADES s'établissaient par exemple à 2,1 % à la mi-2015. Cette reprise anticipée permettra une couverture contre le risque de remontée des taux à moyen et long termes, qui, s'il advenait, conduirait

la CADES à devoir accepter des conditions de financements à long terme nettement moins favorables.

Cette reprise de dette permettra en outre de limiter le financement par l'ACOSS des déficits cumulés des branches, au détriment de sa mission première de couverture de leurs besoins de trésorerie, conformément aux préconisations de la Cour des comptes. En effet, outre les déficits de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et du FSV au titre de l'exercice 2015, seront transférés le reliquat du déficit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et le déficit de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) au titre de 2013, le déficit de la CNAMTS et de la CNAF au titre de 2014 ainsi qu'une partie du déficit de la CNAMTS au titre de 2015. L'horizon d'apurement de la dette portée par la CADES, prévu en 2024, ne sera quant à lui pas modifié.

II. – Le PLFSS 2016 traduit les engagements pris dans le cadre du programme de stabilité

1. La poursuite de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie avec un ONDAM fixé à 1,75 %

Sur le champ de l'assurance-maladie, l'évolution de la dépense est maîtrisée grâce au respect de l'ONDAM depuis cinq années consécutives. Pour 2015, conformément aux engagements pris dans le cadre du programme de stabilité, des annulations de crédits à hauteur de 425 millions ont été prises par rapport au niveau de l'ONDAM 2015 voté dans la précédente loi de financement. Ces annulations devraient ramener la progression de l'ONDAM de +2,1 % (dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015) à +2,0 %.

Pour 2016, la maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie se traduit par la fixation de l'ONDAM à 1,75 %. Ce taux implique un effort d'économies de 3,4 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle de la dépense, évaluée à +3,6 %. Cette trajectoire particulièrement ambitieuse implique d'accentuer l'effort d'économies déjà engagé, sans accroître le reste à charge du patient ni dégrader la qualité des soins.

Cet effort s'inscrit dans la montée en charge du plan d'économies triennal qui sous-tend depuis 2015 le déploiement de la stratégie nationale de santé qui se poursuivra en 2017 (avec le même objectif de progression de l'ONDAM). Il s'articule autour de quatre axes.

Le premier axe vise le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière. Les mutualisations entre établissements sont encouragées et le renforcement du programme de performance hospitalière pour des achats responsables permettra de mobiliser les marges encore importantes qui demeurent en matière d'optimisation des achats hospitaliers. Des actions de maîtrise des dépenses en matière de médicaments inscrits sur la liste en sus seront également déployées dans ce cadre. Cet axe représentera 0,7 milliard d'euros d'économies en 2016.

Le deuxième axe concerne le virage ambulatoire des établissements hospitaliers. Il s'agit d'optimiser le parcours de soins hospitalier, en premier lieu en développant toutes les formes de prises en charge alternatives à une hospitalisation complète dès que l'état de santé du patient le permet : la poursuite de la diffusion de la chirurgie ambulatoire mais également l'hospitalisation de jour en médecine. L'optimisation du parcours passe aussi par le développement de l'hospitalisation à domicile dès lors qu'elle vient en substitution de séjours en établissement de santé et par un meilleur accompagnement des patients en sortie d'établissement en assurant une prise en charge adéquate en ville à la suite du retour au domicile. Ces actions permettront de dégager 0,5 milliard d'euros en 2016.

Le troisième axe est consacré aux produits de santé. Comme chaque année, des baisses de prix seront opérées par le comité économique des produits de santé, baisses qui doivent notamment permettre de dégager les marges financières nécessaires à la rémunération de l'innovation et de garantir ainsi l'accès de tous aux dernières thérapies. L'effort sera également porté sur le développement du recours aux médicaments génériques pour lequel notre pays accuse encore du retard par rapport à nos voisins. À cet effet, le plan national de promotion des médicaments génériques, présenté en mars 2015, vise à accroître la part de médicaments génériques de 5 points dans le total des prescriptions. Des actions seront notamment conduites auprès des prescripteurs, qu'ils soient en ville ou à l'hôpital, ainsi qu'auprès du public, vers lequel une campagne de communication sera lancée début 2016. Au total, cet axe contribuera pour 1,0 milliard d'euros d'économies à l'atteinte de l'ONDAM 2016.

Le dernier axe, correspondant à un montant d'économies de 1,2 milliard d'euros, vise à améliorer la pertinence et le bon usage des soins en ville et à l'hôpital. Il s'agit de mobiliser toutes les marges d'efficience via la réduction des actes et prescriptions inutiles ou redondants : maîtrise du volume de prescription des médicaments, lutte contre la iatrogénie, actions de maîtrise médicalisée auprès des professionnels de santé en ville menées

par l'assurance maladie et auprès des établissements de santé dans un cadre contractuel rénové, optimisation des transports de patients (choix du véhicule le plus adapté, optimisation de la commande de transport...).

Par ailleurs, cet effort en dépenses sera accompagné de l'affectation de nouvelles recettes afin d'accélérer l'amélioration du solde de la branche Maladie. Compte tenu de la conjonction d'un déficit persistant de la branche Maladie et, à l'opposé, d'un excédent croissant de la branche AT-MP depuis l'année 2013, un transfert de cotisations de 0,05 point entre la branche AT-MP et la branche Maladie du régime général sera mis en place en 2016 puis en 2017, afin d'améliorer le solde de la branche Maladie de 250 millions d'euros pour chacune de ces deux années, soit 500 millions d'euros au total. Ce transfert de cotisations est justifié par l'approche solidaire entre branches du régime général, au cœur des principes de la sécurité sociale depuis son origine, ainsi que par les effets indirects dont bénéficie la branche AT-MP du fait de l'amélioration de l'efficacité du système de soins, essentiellement financé par la branche Maladie. En effet, le remboursement des soins et l'évolution des tarifs assurent une intégration continue du progrès technique dans le secteur médical, qui entraîne *in fine* une diminution du coût moyen de traitement des pathologies, d'où un impact positif sur les comptes de la branche AT-MP.

## 2. Des dépenses de prestations contenues

Les prestations nettes du régime général devraient atteindre 316,6 milliards d'euros en 2015, puis 325,3 milliards d'euros en 2016, soit une progression de 2,8 %, avant prise en compte des mesures nouvelles.

La hausse est principalement portée par les prestations versées par la CNAMTS (+3,5 %) et de la CNAVTS (+2,5 %). *A contrario*, les dépenses de prestations servies par la CNAF connaîtraient une faible progression (+0,3 %), sous l'effet de la réforme des prestations familiales. La modulation des allocations familiales contribuerait à réduire la dépense en 2016 mais serait quasiment compensée par la hausse des dépenses d'entretien sous condition de ressources.

La réforme des modalités de calcul de la revalorisation des prestations participe à cette maîtrise de la dépense. D'une part, les dates de revalorisation seront alignées pour l'ensemble des prestations, avec une revalorisation au 1<sup>er</sup> avril des prestations familiales et des pensions d'invalidité et des paramètres qui conditionnent l'accès à certaines prestations (plafonds de ressources de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé) ; les prestations actuellement

revalorisées au 1<sup>er</sup> octobre, principalement les pensions de retraite, le resteraient. D'autre part, une règle de « bouclier » sera créée, garantissant le maintien des prestations à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative, dans un cadre général où la revalorisation ne sera plus fonction que d'évolutions connues, et non prévisionnelles, et exclura en conséquence toute nécessité de correction *a posteriori*. Ainsi, la revalorisation reposerait sur les dernières données d'inflation (hors tabac) publiées par l'INSEE et appréciées en moyenne sur les douze derniers mois, au lieu d'être calculées à partir d'une évolution prévisionnelle de l'inflation pour l'année N et l'application d'un correctif sur cette même année au titre de l'écart à la prévision de l'année N-1. Or les exercices de prévision de l'inflation sont par nature complexes et l'accroissement de la volatilité des prix ces dernières années a conduit à l'application de correctifs importants.

### 3. Les soldes vieillesse traduisent les effets de la réforme des retraites de 2014

En 2016, les dépenses d'assurance vieillesse connaissent une évolution modérée, de l'ordre de 2,5 % en moyenne sur la période 2016-2017. Cette progression s'explique notamment par la conjugaison d'une stabilité des flux de départs en retraite et d'un montant moyen de la pension en augmentation, l'accélération de l'inflation en 2016 ne jouant que faiblement sur l'année 2016 compte tenu de la date de revalorisation des pensions fixée au mois d'octobre.

Cette évolution tient compte de l'effet des réformes adoptées dans le cadre de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et notamment des différentes mesures de redressement, immédiates mais également de long terme, qui visent à faire face, de manière responsable et justement répartie, au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie. Ces dernières se sont accompagnées de mesures de justice et solidarité pour corriger les inégalités les plus importantes face à la retraite, comme la reconnaissance de la pénibilité au travail, pour permettre entre autres une meilleure prise en compte des carrières heurtées et des aléas de carrière, notamment celles des femmes, ou encore des conditions d'entrée réelle des jeunes dans la vie active.

III. – Dans le respect de ces objectifs d'équilibre financier, le PLFSS 2016 porte une réforme d'ampleur de l'assurance maladie ainsi que le deuxième volet du pacte de responsabilité et de solidarité

#### 1. Poursuite de la politique d'emploi et de compétitivité du Pacte

La mise en œuvre du pacte de compétitivité et de responsabilité se poursuit en 2016, afin de restaurer la compétitivité et la capacité productive des entreprises et de les inciter à investir et embaucher. Les entreprises bénéficieront ainsi d'une baisse de 4,1 milliards d'euros de leurs prélèvements obligatoires dans le cadre du PLFSS 2016.

Cela se traduit par une nouvelle réduction du taux de cotisations d'allocations familiales jusqu'à 3,5 SMIC, pour un coût de 3,1 milliards d'euros en 2016 (environ 4,4 milliards d'euros en année pleine à partir de 2017). Ce montant est légèrement inférieur à celui de 4,5 milliards d'euros estimé en 2014, en raison d'une progression de la masse salariale plus faible que celle initialement prévue lors de cette première estimation. De plus, le montant de l'abattement d'assiette institué par l'article 3 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 dans le cadre de la première étape de la suppression progressive de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) est augmenté, passant de 3,25 millions d'euros à 19 millions d'euros, ce qui représente un impact d'un milliard d'euros sur les recettes de la sécurité sociale. Cet abattement s'appliquera au chiffre d'affaires réalisé en 2015 pour le paiement de la C3S en 2016.

Ces mesures seront compensées intégralement par l'État dans le cadre des lois financières, conformément aux engagements pris par le Gouvernement dès 2014. Cette compensation se traduit par une budgétisation des dépenses d'allocation de logement familiale (ALF), à hauteur de 4,7 milliards d'euros, ainsi que du financement de la protection juridique des majeurs, pour 0,4 milliard d'euros. Par ailleurs, l'extinction progressive de la recette issue des caisses de congés payés, qui était affectée au financement du pacte, donnera lieu à l'affectation de ressources pérennes s'y substituant. En effet, la mesure, entrée en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, engendre une recette de 1,52 milliard d'euros en 2015 et de 500 millions d'euros en 2016, avant de s'éteindre à compter de 2017.

#### 2. Mise en place de la protection universelle maladie

La mise en place de la protection universelle maladie vise à universaliser la prise en charge des frais de santé, afin de simplifier les démarches pour les assurés comme pour les organismes gestionnaires et de garantir ainsi la

continuité des droits. Ce nouveau régime ne modifie en rien le niveau des droits à prise en charge des assurés sociaux. En effet, la loi prévoira désormais que toute personne qui travaille ou, lorsqu'elle n'a pas d'activité, réside en France de façon stable et régulière, dispose du droit à la prise en charge de ses frais de santé. Les personnes qui travaillent resteront affiliées à leur régime de sécurité sociale actuel, les autres étant maintenues dans le dernier régime auquel elles étaient affiliées.

Cette réforme permet de simplifier l'ouverture des droits, puisque les caisses de sécurité sociale n'auront plus à vérifier le respect des conditions d'ouverture des droits (nombre d'heures travaillées). Le contrôle sera désormais orienté vers un contrôle renforcé de la résidence des personnes bénéficiaires de l'assurance maladie. Les procédures de mutation seront également facilitées, à travers un processus entièrement dématérialisé. La notion d'ayant droit majeur sera également progressivement supprimée, dans la mesure où elle s'avère obsolète dans un régime de couverture universelle.

### 3. Poursuite de la généralisation de l'accès à la protection complémentaire santé

L'assurance complémentaire en matière de santé est aujourd'hui un élément substantiel de l'accès aux soins. C'est pourquoi le Président de la République a fixé l'objectif de généraliser l'accès à une complémentaire santé de qualité à l'horizon 2017. Après l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, transposé dans la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, la réforme des contrats dits responsables, la mise en concurrence des contrats ACS, des nouvelles mesures sont prévues afin de favoriser l'accès à la protection complémentaire pour les populations qui ont le plus de difficulté à y accéder, à savoir les personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes travaillant dans le cadre de contrats courts et de temps très partiels.

En effet, le coût de la couverture complémentaire santé est plus élevé pour les personnes âgées de plus de 65 ans que pour la population globale car elles assument un reste à charge plus élevé sur le coût d'acquisition du contrat et supportent des dépenses de santé après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé plus importantes. Il est donc prévu que les personnes de plus de 65 ans puissent accéder à des offres d'assurance complémentaire de santé qui seront sélectionnées, à l'issue d'une procédure de mise en concurrence, sur des critères reposant sur la qualité des garanties et le prix proposé. Ce dispositif devrait permettre, outre un accès à une complémentaire santé à un meilleur prix, une meilleure adéquation entre les besoins des assurés et les prestations

complémentaires dont ils bénéficient et une lisibilité accrue des offres présentées sur le marché pour les assurés.

Par ailleurs, afin de donner son plein effet aux dispositions de la loi fondée sur l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, une modalité adaptée de mise en œuvre de la couverture des salariés à faible quotité de travail ou embauchés en contrat de courte durée est prévue afin que ces salariés puissent, s'ils souscrivent par ailleurs une assurance individuelle du même type, obtenir de la part de leur employeur, à la place de l'adhésion à la couverture mise en place dans l'entreprise, un versement direct en rapport avec les sommes consacrées par l'employeur pour cette couverture.

### Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Maladie</b>						
Recettes.....	161,9	166,6	171,7	178,0	183,3	189,4
Dépenses.....	168,4	174,1	177,9	182,7	186,2	189,7
<b>Solde.....</b>	<b>-6,5</b>	<b>-7,5</b>	<b>-6,2</b>	<b>-4,7</b>	<b>-2,9</b>	<b>-0,3</b>
<b>Accidents du travail/maladies professionnelles</b>						
Recettes.....	12,3	12,4	12,5	12,7	13,6	14,2
Dépenses.....	11,7	11,8	12,0	12,1	12,2	12,3
<b>Solde.....</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>1,5</b>	<b>1,9</b>
<b>Famille</b>						
Recettes.....	56,3	52,8	48,8	50,1	51,6	53,1
Dépenses.....	59,0	54,4	49,6	50,4	51,6	52,8
<b>Solde.....</b>	<b>-2,7</b>	<b>-1,6</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>
<b>Vieillesse</b>						
Recettes.....	115,6	119,9	123,6	127,4	131,1	135,6
Dépenses.....	116,8	120,5	123,1	126,3	130,7	135,6
<b>Solde.....</b>	<b>-1,2</b>	<b>-0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>1,1</b>	<b>0,4</b>	<b>-0,1</b>
<b>Toutes branches consolidées</b>						
Recettes.....	334,1	339,3	344,0	355,3	366,6	379,0
Dépenses.....	343,7	348,3	350,0	358,6	367,6	377,2
<b>Solde.....</b>	<b>-9,7</b>	<b>-9,0</b>	<b>-6,0</b>	<b>-3,3</b>	<b>-1,0</b>	<b>1,8</b>

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

(En milliards d'euros)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Maladie</b>						
Recettes.....	186,7	190,5	194,9	201,4	207,0	213,4
Dépenses.....	193,2	198,0	201,1	206,1	209,9	213,7
<b>Solde.....</b>	<b>-6,5</b>	<b>-7,5</b>	<b>-6,2</b>	<b>-4,7</b>	<b>-2,9</b>	<b>-0,3</b>
<b>Accidents du travail/maladies professionnelles</b>						
Recettes.....	13,8	13,9	14,0	14,1	15,1	15,7
Dépenses.....	13,1	13,2	13,4	13,5	13,6	13,8
<b>Solde.....</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>1,5</b>	<b>1,9</b>
<b>Famille</b>						
Recettes.....	56,3	52,8	48,8	50,1	51,6	53,1
Dépenses.....	59,0	54,4	49,6	50,4	51,6	52,8
<b>Solde.....</b>	<b>-2,7</b>	<b>-1,6</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>
<b>Viellèsse</b>						
Recettes.....	219,1	223,5	228,7	234,1	240,1	247,2
Dépenses.....	219,9	223,8	227,8	232,9	240,1	248,3
<b>Solde.....</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,9</b>	<b>1,2</b>	<b>0,0</b>	<b>-1,0</b>
<b>Toutes branches consolidées</b>						
Recettes.....	462,8	467,3	472,8	485,9	499,7	515,2
Dépenses.....	472,1	475,9	478,3	489,2	501,2	514,4
<b>Solde.....</b>	<b>-9,3</b>	<b>-8,6</b>	<b>-5,6</b>	<b>-3,3</b>	<b>-1,5</b>	<b>0,8</b>

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Recettes.....	17,2	16,5	16,4	16,6	17,0	17,4
Dépenses.....	20,6	20,3	20,1	20,2	20,0	20,2
<b>Solde.....</b>	<b>-3,5</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,7</b>	<b>-3,6</b>	<b>-3,1</b>	<b>-2,8</b>



## ANNEXE C

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

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

Exercice 2016

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Régimes de base
Cotisations effectives .....	88,4	130,2	30,3	13,0	260,2
Cotisations prises en charge par l'État...	1,7	1,4	0,5	0,1	3,6
Cotisations fictives d'employeur .....	0,6	38,8	0,0	0,3	39,7
Contribution sociale généralisée .....	69,1	0,0	9,9	0,0	78,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales .....	29,6	19,6	7,0	0,0	56,2
Transferts .....	2,3	38,3	0,3	0,1	29,5
Produits financiers .....	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2
Autres produits .....	3,2	0,5	0,7	0,3	4,7
<b>Recettes .....</b>	<b>194,9</b>	<b>228,7</b>	<b>48,8</b>	<b>14,0</b>	<b>472,8</b>

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

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

Exercice 2016

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Régime général
Cotisations effectives.....	79,2	77,6	30,3	12,1	197,5
Cotisations prises en charge par l'État..	1,4	1,1	0,5	0,1	3,0
Cotisations fictives d'employeur .....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée .....	59,6	0,0	9,9	0,0	69,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales.....	23,8	14,9	7,0	0,0	45,8
Transferts .....	4,7	29,9	0,3	0,0	24,2
Produits financiers .....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits.....	3,0	0,2	0,7	0,3	4,2
<b>Recettes .....</b>	<b>171,7</b>	<b>123,6</b>	<b>48,8</b>	<b>12,5</b>	<b>344,0</b>

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

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

Exercice 2016

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Contribution sociale généralisée .....	9,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales .....	7,0
Produits financiers.....	0,0
Autres produits .....	0,0
<b>Total.....</b>	<b>16,4</b>

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté  
par l'Assemblée nationale dans sa séance du 30 novembre 2015.*

*Le Président,*  
*Signé : CLAUDE BARTOLONE*

ISBN 978-2-11-135056-4



9 782111 350564

ISSN 1240 - 8468

---

Imprimé par l'Assemblée nationale