



N° 2411

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 28 novembre 2014.

## PROJET DE LOI

MODIFIÉ PAR LE SÉNAT  
EN NOUVELLE LECTURE,

*de financement de la sécurité sociale pour 2015,*

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

À

M. LE PRÉSIDENT

DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

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

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

---

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : 1<sup>ère</sup> lecture : **2252, 2298, 2303** et T.A. **414**.  
Commission mixte paritaire : **2362**.  
Nouvelle lecture : **2361, 2384** et T.A. **430**.

*Sénat* : 1<sup>ère</sup> lecture : **78, 83, 84** et T.A. **24** (2014-2015).  
Commission mixte paritaire : **100** et **101** (2014-2015).  
Nouvelle lecture : **124, 127** et T.A. **28** (2014-2015).

---



PREMIÈRE PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013

.....

DEUXIÈME PARTIE  
Dispositions relatives à l'exercice 2014

**Article 3**

① I et II. – *(Non modifiés)*

② III. – Le présent article s'applique pour les années 2014 et 2015. Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 15 octobre 2016, un rapport d'évaluation du présent article.

.....

**Article 5**

① I, I bis, II et III. – *(Non modifiés)*

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

③ « 12° Le financement de la prime exceptionnelle instaurée par décret au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes pour l'année 2014. »

④ V. – *(Non modifié)*

.....

## TROISIÈME PARTIE

### **Dispositions relatives aux recettes et à l'Équilibre financier de la sécurité sociale pour l'exercice 2015**

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

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

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

### **Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs**

#### **Articles 7 et 8**

*(Conformes)*

#### **Article 8 bis A**

① I. – Le III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

③ « Sont exonérées de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales, de la cotisation mentionnée à l'article L. 834-1 du présent code, de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes : » ;

④ 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑤ « L'exonération des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, mentionnée au premier alinéa du présent III,

ne peut excéder un taux fixé dans les conditions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 241-5 du présent code. »

- ⑥ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

**Article 8 bis**

*(Conforme)*

**Article 8 ter**

- ① I. – Le I bis de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

- ② « I bis. – Chaque heure de travail effectuée par les salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail ouvre droit à une déduction forfaitaire patronale :

- ③ « 1° De la cotisation due au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, à hauteur de 1,50 € ;

- ④ « 2° *(Supprimé)*

- ⑤ « 3° Des cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle, à hauteur de 3,70 €, dans les départements d'outre-mer ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

- ⑥ « Ces déductions ne sont cumulables avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations. »

- ⑦ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de l'augmentation de la réduction forfaitaire de cotisations par heure travaillée est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

.....

## Article 9

(Conforme)

## Article 10

① I. – Le chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° À la fin de l'intitulé du chapitre et de la section 1, les mots : « au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique » sont supprimés ;

③ 2° La section 2 est ainsi rédigée :

④ « Section 2

⑤ « **Contribution à la charge des entreprises  
assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs  
spécialités pharmaceutiques**

⑥ « Art. L. 138-10. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 du présent code et de la part du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments destinés au traitement de l'affection chronique par le virus de l'hépatite C supérieure au montant W prévu à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus d'un taux (L), déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

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

application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte :

- ⑧ « 1° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite des indications au titre desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne, pour lesquels le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ;
- ⑨ « 2° Les spécialités génériques définies au *a* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au même *a* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.
- ⑩ « *Art. L. 138-11.* – L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-10, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la part du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments destinés au traitement de l'affection chronique par le virus de l'hépatite C supérieure au montant W prévu par l'article L. 138-19-1.
- ⑪ « Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa du même article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article.
- ⑫ « *Art. L. 138-12.* – Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

13

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

14

« La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 50 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 50 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires défini à l'article L. 138-10. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

15

« Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

16

« Art. L. 138-13. – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à

l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.

- 17 « Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. À défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.
- 18 « *Art. L. 138-14.* – Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, ce groupe constitue une entreprise au sens de l'article L. 138-10.
- 19 « Le groupe mentionné au premier alinéa du présent article est constitué, d'une part, par une entreprise ayant, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due et, d'autre part, par les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.
- 20 « La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code, désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.
- 21 « En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.
- 22 « *Art. L. 138-15.* – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1<sup>er</sup> juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.
- 23 « Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les

remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation s'impute sur la contribution due au titre de l'année au cours de laquelle le prix ou le tarif de ces médicaments a été fixé.

24 « Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1<sup>er</sup> mars de l'année suivante.

25 « Art. L. 138-16. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

26 3° Les articles L. 138-17 à L. 138-19 sont abrogés.

27 II à III bis, IV et V. – (*Non modifiés*)

28 VI à VIII. – (*Supprimés*)

29 IX (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de l'exclusion de l'assiette de calcul de la contribution L la part du chiffre d'affaires déjà taxée au titre de la contribution W prévue à l'article L. 138-19-1 est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

30 X (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la modification de la règle de calcul pour le déclenchement de la clause de sauvegarde est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

## Article 11

(*Conforme*)

## Article 12

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

② 1° La section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VII du livre I<sup>er</sup> est complétée par des articles L. 171-4 et L. 171-5 ainsi rédigés :

③ « *Art. L. 171-4.* – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français peuvent conclure des conventions entre elles afin de confier à une ou plusieurs caisses de sécurité sociale l'exercice des recours subrogatoires prévus aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du présent code et à l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime.

④ « *Art. L. 171-5.* – Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et, le cas échéant, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en œuvre de l'action amiable mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 376-1 et au quatrième alinéa de l'article L. 454-1. » ;

⑤ 2° La seconde phrase du sixième alinéa de l'article L. 376-1 et du quatrième alinéa de l'article L. 454-1 est supprimée ;

⑥ 2° bis (*Supprimé*)

⑦ 3° À l'article L. 613-21, la référence : « L. 376-3 » est remplacée par la référence : « L. 376-4 » ;

⑧ 4° La section 4 du chapitre III du titre IV du livre VI est complétée par un article L. 643-9 ainsi rétabli :

⑨ « *Art. L. 643-9.* – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;

⑩ 5° Le chapitre IV du même titre IV est complété par un article L. 644-4 ainsi rédigé :

⑪ « *Art. L. 644-4.* – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;

⑫ 6° La section 1 du chapitre V du même titre IV est complétée par un article L. 645-6 ainsi rétabli :

⑬ « Art. L. 645-6. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;

⑭ 7° La sous-section 7 de la section 3 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-13-1 ainsi rédigé :

⑮ « Art. L. 723-13-1. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application de la présente section. » ;

⑯ 8° La section 4 du même chapitre III est complétée par un article L. 723-21-1 ainsi rédigé :

⑰ « Art. L. 723-21-1. – Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application de la présente section. »

⑱ II et III. – (*Non modifiés*)

**Article 12 bis A**

(*Suppression conforme*)

**Article 12 bis B**

(*Conforme*)

.....

**Article 12 ter A**

① I. – Les troisième et quatrième alinéas de l’article L. 131-6 du code de la sécurité sociale sont supprimés.

② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d’une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

.....

**Article 12 quater**

(*Conforme*)

---

**Article 12 *sexies***

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

CHAPITRE II

**Simplification du recouvrement**

**Article 13**

*(Conforme)*

---

**Article 15**

*(Conforme)*

---

CHAPITRE III

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

---

**Articles 20 et 21**

*(Conformes)*

**TITRE II**  
**CONDITIONS GÉNÉRALES**  
**DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER**  
**DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

**Articles 24 et 25**

*(Supprimés)*

---

**Article 28**

*(Supprimé)*

**QUATRIÈME PARTIE**  
**Dispositions relatives**  
**aux dépenses pour l'exercice 2015**

**TITRE I<sup>ER</sup>**  
**DISPOSITIONS RELATIVES**  
**AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE**

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>**  
**Amélioration de l'accès aux soins et aux droits**

---

**Article 29 bis A**  
*(Suppression conforme)*

**Article 29 bis**

*(Conforme)*

---

CHAPITRE II

**Promotion de la prévention**

---

**Article 34**

*(Conforme)*

---

CHAPITRE III

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

**Article 36**

*(Conforme)*

---

CHAPITRE IV

**Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes**

**Article 42**

① Le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 162-1-17 est ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 162-1-17.* – En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-4, le directeur général de l'agence régionale de santé

peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical placé près de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret.

- ④ « La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :
- ⑤ « 1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- ⑥ « 2° Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;
- ⑦ « 3° Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
- ⑧ « 4° Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.
- ⑨ « Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de sa mise sous accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou prestations ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non-respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 162-30-4.
- ⑩ « Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités. » ;
- ⑪ 2° La sous-section 4 de la section 5 est complétée par un article L. 162-30-4 ainsi rédigé :

- ⑫ « Art. L. 162-30-4. – I. – L’agence régionale de santé élabore un plan d’actions pluriannuel régional d’amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d’actions prioritaires en matière d’amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations retenues dans les programmes nationaux de gestion du risque mentionnés à l’article L. 182-2-1-1.
- ⑬ « Des actions prioritaires doivent être définies par le plan d’actions pour chacun des domaines suivants : les soins de ville, les relations entre les soins de ville et les prises en charge hospitalières, les prises en charge hospitalières.
- ⑭ « Le plan d’actions précise également les critères retenus pour identifier les établissements de santé faisant l’objet du contrat d’amélioration de la pertinence des soins prévu au II du présent article et ceux faisant l’objet de la procédure de mise sous accord préalable définie à l’article L. 162-1-17. Ces critères tiennent compte notamment des référentiels établis par la Haute Autorité de santé et des écarts constatés entre le nombre d’actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l’établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales observées pour une activité comparable. Ces critères tiennent compte de la situation des établissements au regard des moyennes régionales ou nationales de prestations d’hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ou au regard des moyennes de prescription de ces prestations d’hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation.
- ⑮ « Le plan d’actions défini au présent I est intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque mentionné à l’article L. 1434-14 du code de la santé publique.
- ⑯ « II. – Le directeur de l’agence régionale de santé conclut avec les établissements de santé identifiés dans le cadre du plan d’actions défini au I du présent article et l’organisme local d’assurance maladie un contrat d’amélioration de la pertinence des soins d’une durée maximale de deux ans.
- ⑰ « Ce contrat comporte des objectifs qualitatifs d’amélioration de la pertinence des soins.
- ⑱ « Il comporte, en outre, des objectifs quantitatifs lorsque le directeur général de l’agence régionale de santé, conjointement avec l’organisme local d’assurance maladie, procède à l’une des constatations suivantes :

- 19 « 1° Soit un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;
- 20 « 2° Soit une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.
- 21 « La réalisation des objectifs fixés au contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non-réalisation de ces objectifs, le directeur de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, engager la procédure de mise sous accord préalable mentionnée à l'article L. 162-1-17 au titre du champ d'activité concerné par les manquements constatés ou prononcer une sanction pécuniaire, correspondant au versement à l'organisme local d'assurance maladie d'une fraction des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité concernée par ces manquements. Lorsque les manquements constatés portent sur des prescriptions, la pénalité correspond à une fraction du montant des dépenses imputables à ces prescriptions. Le montant de la pénalité est proportionné à l'ampleur des écarts constatés et ne peut dépasser 1 % des produits versés par les régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.
- 22 « En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer à ce contrat, le directeur de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.
- 23 « III. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités selon lesquelles est évaluée la réalisation des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins. »

.....

**Article 43 ter**

*(Supprimé)*

#### **Article 44**

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

#### **Article 45 bis**

- ① L'article L. 1112-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ④ b) La deuxième phrase est supprimée ;
- ⑤ 2° Après le quatrième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :
- ⑥ « II. – Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient.
- ⑦ « Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations mentionnées au premier alinéa du I.
- ⑧ « Ces praticiens sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient.
- ⑨ « La lettre de liaison mentionnée au troisième alinéa du présent II est, dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2, remise au patient ou à la personne de confiance au moment de sa sortie.

- ⑩ « Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée aux praticiens concernés. » ;
- ⑪ 3° Au début du cinquième alinéa est ajoutée la mention : « III. – ».

## CHAPITRE V

### **Païement des produits de santé à leur juste prix**

.....

#### **Article 47 bis**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le 1° de l'article L. 161-37 est ainsi modifié :
- ③ a) À la première phrase, les mots : « du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif des produits, actes ou prestations de santé » ;
- ④ b) À la dernière phrase, les mots : « l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif du produit ou de la technologie » ;
- ⑤ 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 161-39, les mots : « du service attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé ou du service qu'ils rendent » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé » ;
- ⑥ 3° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 162-12-15, les mots : « le service médical rendu » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif » ;
- ⑦ 4° Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 est ainsi modifié :
- ⑧ a) À la deuxième phrase, les mots : « l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif du médicament » ;

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

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

⑪ 6° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-7, les mots : « le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce » sont remplacés par les mots : « l'intérêt thérapeutique relatif du » ;

⑫ 7° Au dernier alinéa de l'article L. 165-2, les mots : « du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif » ;

⑬ 8° Au cinquième alinéa de l'article L. 861-3, les mots : « du service médical rendu » sont remplacés par les mots : « de l'intérêt thérapeutique relatif ».

⑭ II. – Les conditions d'application du I, notamment les critères sur lesquels se fondent l'intérêt thérapeutique relatif, sont fixées par décret en Conseil d'État.

⑮ III. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

#### **Article 47 *ter***

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

#### **Article 47 *quater***

① I. – L'article L. 5123-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Pour l'établissement de la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du présent code, il est également tenu compte, lorsqu'il existe, de l'avis rendu par la commission mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. »

③ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ④ 1° L'article L. 162-17 est ainsi modifié :
- ⑤ a) À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « sur une liste établie », sont insérés les mots : « après avis de la commission mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ainsi que, le cas échéant, de la commission mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 161-37 du présent code, » ;
- ⑥ b) Au troisième alinéa, le mot : « à » est remplacé par les mots : « au premier alinéa de » ;
- ⑦ 2° L'article L. 165-1 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « Pour l'établissement de cette liste, il est également tenu compte, lorsqu'il existe, de l'avis rendu par la commission mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 161-37 du présent code. » ;
- ⑩ b) Au deuxième alinéa, après le mot : « commission », sont insérés les mots : « mentionnée au premier alinéa du présent article ».

## CHAPITRE VI

### **Amélioration de l'efficiencia de la dépense des établissements de santé**

#### **Article 48**

*(Conforme)*

.....

#### **Article 49 bis**

*(Suppression conforme)*

## CHAPITRE VII

### **Autres mesures**

.....

## **Article 51**

*(Conforme)*

---

## **Article 53**

① I à IV *bis*. – *(Non modifiés)*

② V. – *(Supprimé)*

## **Article 53 bis A**

① L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

② 1° Au *a* du 1 du I, les mots : « une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % » sont remplacés par le taux : « 10 % » ;

③ 2° Au *a* du III, les mots : « une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % » sont remplacés par le taux : « 30 % ».

## **Article 53 bis B**

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

## **Article 53 bis C**

① Après l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 312-8-1 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 312-8-1.* – Les évaluations mentionnées à l'article L. 312-8 peuvent être communes à plusieurs établissements et services gérés par le même organisme gestionnaire lorsque ces établissements et services sont complémentaires dans le cadre de la prise en charge des usagers ou lorsqu'ils relèvent du même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application des articles L. 313-11 à L. 313-12-2. Les recommandations,

voire les injonctions, résultant de ces évaluations sont faites à chacun des établissements et services relevant d'une même évaluation commune.

- ③ « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

.....

### **Article 53 bis E**

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

.....

### **Article 53 ter**

*(Supprimé)*

### **Article 54**

- ① Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 197,0 milliards d'euros ;

- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 172,8 milliards d'euros.

### **Article 55**

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

②

*(En milliards  
d'euros)*

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

## TITRE II

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE VIEILLESSE

#### Article 56 A

①

L'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

②

1° Au premier alinéa, le mot : « soixante-deux » est remplacé par le mot : « soixante-quatre » et l'année : « 1955 » est remplacée par l'année : « 1960 » ;

③

2° Au deuxième alinéa, l'année : « 1955 » est remplacée par l'année : « 1960 » et l'année : « 1954 » est remplacée par l'année : « 1959 » ;

④

3° À la fin du 2°, l'année : « 1954 » est remplacée par l'année : « 1958 » ;

⑤

4° Il est ajouté un 3° ainsi rédigé :

⑥

« 3° À raison de quatre mois par génération pour les assurés nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1959 et le 31 décembre 1959. »

**Article 56 B**

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

**Article 56**

*(Conforme)*

.....

TITRE III

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

.....

TITRE IV

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

**Article 61 AA**

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> avril 2015, un rapport présentant une évaluation de l'impact financier, économique et social de la réforme de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale, consistant à

réserver le bénéfice de la prolongation de la durée de versement de la prestation au second parent.

**Article 61 A**

*(Supprimé)*

**Article 61 B**

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le quatrième alinéa de l'article L. 521-2 est ainsi modifié :
- ③ a) À la dernière phrase, après le mot : « général », sont insérés les mots : « au vu d'un rapport établi par le service d'aide sociale à l'enfance » et après le mot : « maintenir », il est inséré le mot : « partiellement » ;
- ④ b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- ⑤ « À compter du quatrième mois suivant la décision du juge, le montant de ce versement ne peut excéder 35 % de la part des allocations familiales dues pour cet enfant. » ;
- ⑥ 2° Après le deuxième alinéa de l'article L. 543-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Lorsqu'un enfant est confié au service d'aide sociale à l'enfance, l'allocation de rentrée scolaire due à la famille pour cet enfant est versée à ce service. »

.....

**Article 62**

*(Supprimé)*

TITRE V

**DISPOSITIONS RELATIVES  
AUX ORGANISMES CONCOURANT  
AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES**

.....

TITRE VI

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

.....

**Article 65**

① I. – (*Non modifié*)

② II. – L'article L. 114-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

③ 1° (*Supprimé*)

④ 2° Le montant : « 15 000 euros » est remplacé par le montant :  
« 30 000 € » ;

⑤ 3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑥ « Toute personne qui refuse délibérément de s'affilier ou qui persiste à ne pas engager les démarches en vue de son affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale, en méconnaissance des prescriptions de la législation en matière de sécurité sociale, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 30 000 €. »

**Article 66**

(*Conforme*)

### **Article 66 bis**

① Après l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-7-8 ainsi rédigé :

② « Art. L. 243-7-8. – Lorsque le contrôle est effectué au sein de l'entreprise, les documents ou supports d'information ne peuvent être emportés par l'inspecteur à l'organisme qu'après autorisation écrite du cotisant.

③ « Le cotisant a la possibilité d'un débat oral et contradictoire avec l'inspecteur du recouvrement sous peine d'irrégularité de la procédure de contrôle. »

### **Article 66 ter**

① I. – L'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « La contestation de la mise en demeure, prévue à l'article L. 244-2 dans le cadre du contentieux général de la sécurité sociale, suspend toute procédure en recouvrement des cotisations. »

③ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

.....

### **Article 69**

① I. – (*Non modifié*)

② II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

③ 1° La section 2 ter du chapitre III bis du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 133-6-8-4 ainsi rédigé :

④ « Art. L. 133-6-8-4. – Le travailleur indépendant qui a opté pour l'application de l'article L. 133-6-8 est tenu de dédier un compte ouvert dans un des établissements mentionnés à l'article L. 123-24 du code de

commerce à l'exercice de l'ensemble des transactions financières liées à son activité professionnelle. » ;

- ⑤ 1° *bis* À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7-6, le taux : « 10 % » est remplacé par le taux : « 20 % » ;
- ⑥ 2° Au premier alinéa de l'article L. 243-7-7, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 40 % ».

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 27 novembre 2014.*

*Le Président,*

*Signé : Gérard LARCHER*

**ANNEXE A**

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

---

**ANNEXE B**

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

*(Supprimée)*

**ANNEXE C**

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

*(Supprimée)*

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté par le Sénat dans sa  
séance du 27 novembre 2014.*

*Le Président,*

*Signé : Gérard LARCHER*





