



TEXTE ADOPTÉ n° 430
« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

25 novembre 2014

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2015,

ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE
EN NOUVELLE LECTURE.

L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{ère} lecture : **2252, 2303, 2298** et T.A. **414**.

Commission mixte paritaire : **2362**.

Nouvelle lecture : **2361** et **2384**.

Sénat : 1^{ère} lecture : **78, 83, 84** et T.A. **24** (2014-2015).

Commission mixte paritaire : **100** et **101** (2014-2015).

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2013

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2014

Article 3

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} est complété par une section 3 ainsi rédigée :
- ③ *« Section 3*
- ④ *« Contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C*
- ⑤ *« Art. L. 138-19-1. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile, au titre des médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18, est supérieur à un montant W déterminé par la loi et s'est accru de plus de 10 % par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue au présent article, les entreprises titulaires des droits d'exploitation de ces médicaments sont assujetties à une contribution.*
- ⑥ *« La liste des médicaments mentionnés au premier alinéa du présent article est établie et publiée par la Haute Autorité de santé. Le cas échéant, cette liste est actualisée après chaque autorisation de mise sur le marché ou autorisation temporaire d'utilisation de médicaments qui en relèvent.*
- ⑦ *« Art. L. 138-19-2. – L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et après déduction de la part du chiffre d'affaires afférente à chaque médicament figurant sur la liste mentionnée au second alinéa de*

l'article L. 138-19-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes correspondant est inférieur à 45 millions d'euros.

⑧ « Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou le tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa 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 dudit article.

⑨ « Art. L. 138-19-3. – Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

⑩

«

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

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

⑫ « Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

⑬ « Le montant cumulé des contributions mentionnées aux articles L. 138-10 et L. 138-19-1 du présent code dues par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France

métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. L'excédent éventuel s'impute sur la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 du présent code.

- ⑭ « *Art. L. 138-19-4.* – Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments de la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments de la liste précitée bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.
- ⑮ « Une entreprise signataire d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article est exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales à 90 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.
- ⑯ « *Art. L. 138-19-5.* – 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. 138-19-1.
- ⑰ « 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.
- ⑱ « 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.

- ⑲ « 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.
- ⑳ « Art. L. 138-19-6. – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} avril suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.
- ㉑ « 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.
- ㉒ « Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 31 janvier de l'année suivante.
- ㉓ « Art. L. 138-19-7. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;
- ㉔ 2° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, après la référence : « L. 138-10 », est insérée la référence : « L. 138-19-1, ».
- ㉕ II. – (*Non modifié*)
- ㉖ III. – Le présent article s'applique pour les années 2014, 2015 et 2016. Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 15 octobre 2016, un rapport d'évaluation du présent article.
-

Article 5

① I. – Au titre de l'année 2014, sont rectifiés :

② 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 :

③

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	186,4	193,8	-7,4
Vieillesse	218,1	219,9	-1,7
Famille.....	56,2	59,1	-2,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,2	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	461,2	472,9	-11,7

 ;

④ 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 :

⑤

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	161,4	168,8	-7,3
Vieillesse	115,1	116,7	-1,6
Famille.....	56,2	59,1	-2,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	11,8	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	332,7	344,3	-11,7

 ;

⑥ 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 :

⑦

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	16,9	20,6	-3,7

 ;

- ⑧ 4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 12,7 milliards d'euros ;
- ⑨ 5° (*Supprimé*)
- ⑩ 6° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, qui sont nulles.
- ⑪ I bis, II et III. – (*Non modifiés*)
- ⑫ IV. – Après le 11° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 12° ainsi rédigé :
- ⑬ « 12° Le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient. »
- ⑭ V. – (*Non modifié*)

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs

Article 7

- ① I. – Le titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – La section 1 du chapitre I^{er} est ainsi modifiée :

- ③ 1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Cotisations et contributions sur les revenus de remplacement » ;
- ④ 2° L'article L. 130-1 est abrogé ;
- ⑤ 3° L'article L. 131-1 devient l'article L. 131-1-1 ;
- ⑥ 4° Il est rétabli un article L. 131-1 ainsi rédigé :
⑦ « *Art. L. 131-1.* – Les cotisations et contributions sociales dues sur les avantages de retraite et d'invalidité, les indemnités journalières, les allocations de chômage et de préretraite et les autres revenus mentionnés à l'article L. 131-2 et au 7° du II de l'article L. 136-2 sont, sous réserve du II *bis* de l'article L. 136-5, précomptées au moment du versement de ces avantages, indemnités, allocations ou revenus par l'organisme débiteur de ces revenus. » ;
- ⑧ 5° La division et l'intitulé de la section 2 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} sont supprimés et la section 1 du même chapitre est complétée par les articles L. 131-2 et L. 131-3 ;
- ⑨ 6° L'article L. 131-2 est ainsi modifié :
- ⑩ a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :
⑪ « Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les allocations et indemnités des travailleurs involontairement privés d'emploi ou placés en situation de cessation anticipée totale ou partielle d'activité versées en application des articles L. 1233-68 et L. 1233-72, du II de l'article L. 5122-1 et des articles L. 5123-2, L. 5123-3, L. 5421-2, L. 5422-1, L. 5424-6 et L. 5425-2 du code du travail, ainsi que de l'article L. 5343-18 du code des transports.
- ⑫ « Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation anticipée d'activité en application de l'article 15 de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 relative aux contrats de solidarité des collectivités locales ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles. » ;
- ⑬ b) À la fin du troisième alinéa, la référence : « 1031 du code rural » est remplacée par la référence : « L. 741-14 du code rural et de la pêche maritime » ;
- ⑭ c) Le dernier alinéa est complété par les mots : « , notamment les taux des cotisations » ;

- ⑮ B. – (*Supprimé*)
- ⑯ C. – Le chapitre III *bis* est complété par une section 6 ainsi rédigée :
- ⑰ « Section 6
- ⑱ « Règles d'arrondis
- ⑲ « Art. L. 133-10. – Le montant des cotisations et contributions sociales et de leurs assiettes déclarées aux organismes de sécurité sociale en application du présent code, du code de l'action sociale et des familles ou du code rural et de la pêche maritime est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. » ;
- ⑳ D. – À la première phrase des 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, les mots : « déterminés en application des dispositions des I et III du même article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au 1° du III de l'article L. 136-8 » ;
- ㉑ E. – Les trois premières phrases du III de l'article L. 136-5 sont supprimées ;
- ㉒ F. – L'article L. 136-8 est ainsi modifié :
- ㉓ 1° et 2° (*Supprimés*)
- ㉔ 3° Après le mot : « personnes », la fin du III est ainsi rédigée : « dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts :
- ㉕ « 1° D'une part, excèdent 10 633 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 12 582 € pour la première part, majorés de 3 123 € pour la première demi-part et 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 13 156 €, 3 265 € et 2 839 € ;
- ㉖ « 2° D'autre part, sont inférieurs à 13 900 € pour la première part de quotient familial, majorée de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 207 € pour la première part, majorés de 4 082 € pour la première demi-part et 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 15 930 €, 4 268 € et 3 711 €.

- 27 « Les seuils mentionnés au présent III sont applicables pour la contribution due au titre de l'année 2015. Ils sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. » ;
- 28 G. – Après le mot : « arrondies », la fin de la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 137-11-1 est ainsi rédigée : « à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. » ;
- 29 H. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 241-3, la référence : « L. 131-1 » est remplacée par la référence : « L. 135-1 » ;
- 30 I. – Au premier alinéa du II de l'article L. 242-13, les mots : « , selon les principes fixés par l'article L. 136-2 et par le premier » sont remplacés par les mots : « selon les modalités prévues au deuxième » ;
- 31 J. – L'article L. 243-2 est ainsi modifié :
- 32 1° Le premier alinéa est supprimé ;
- 33 2° Au deuxième alinéa, les mots : « mentionnées à l'alinéa ci-dessus » sont remplacés par les mots : « dues sur les revenus de remplacement mentionnés à la section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} » ;
- 34 K. – Au début de l'article L. 244-1, les mots : « L'employeur ou le travailleur indépendant » sont remplacés par les mots : « Le cotisant » ;
- 35 L. – À l'article L. 244-11, les mots : « dues par un employeur ou un travailleur indépendant » sont supprimés ;
- 36 M. – Aux premier et dernier alinéas de l'article L. 244-14, les mots : « employeurs ou travailleurs indépendants » sont remplacés par les mots : « cotisants » ;
- 37 N. – Le second alinéa de l'article L. 612-9 est supprimé ;
- 38 O. – Au second alinéa de l'article L. 611-20, les mots : « , y compris aux pensionnés ou aux allocataires dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 612-9, » sont remplacés par les mots : « aux bénéficiaires d'allocations ou de pensions de retraites dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 131-1, » ;

39 P. – Au début de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 613-8, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 612-9, » sont supprimés.

40 II à VI. – (*Non modifiés*)

Article 8

1 I. – L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

2 1° Le 21° est ainsi rédigé :

3 « 21° Les personnes qui contribuent à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée, lorsque cette activité revêt un caractère occasionnel.

4 « Un décret précise les sommes, les activités et les employeurs entrant dans le champ d'application du présent 21°. Il fixe les conditions dans lesquelles, lorsque la participation à la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée, les sommes versées en rétribution de la participation à cette mission peuvent, en accord avec l'ensemble des parties, être versées à l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée l'activité salariée, quand ce dernier maintient en tout ou partie la rémunération.

5 « Il fixe également les conditions dans lesquelles les deux premiers alinéas du présent 21° ne sont pas applicables, sur leur demande, aux personnes participant à la mission de service public qui font partie des professions mentionnées à l'article L. 621-3. Dans ce cas, les sommes versées en rétribution de l'activité occasionnelle sont assujetties dans les mêmes conditions, selon les mêmes modalités et sous les mêmes garanties que le revenu d'activité non salarié, défini à l'article L. 131-6 du présent code, ou les revenus professionnels, définis à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, que ces personnes tirent de leur profession. » ;

6 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

8 *I bis.* – Après le 14° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 15° ainsi rédigé :

9 « 15° Personnes qui contribuent à l'exercice d'une mission définie au premier alinéa du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées au même 21°, étant entendu que le décret mentionné audit 21° est, dans ce cas, pris pour l'application du présent 15°. »

- ⑩ II. – L'article 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est abrogé.
- ⑪ III. – Le présent article s'applique aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 8 bis A

(Supprimé)

Article 8 bis

- ① I. – *(Non modifié)*
- ② I bis. – L'article 25 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises est ainsi modifié :
- ③ 1° Le I est ainsi modifié : ;
- ④ 2° Le 12° du I est abrogé ;
- ⑤ 3° *(nouveau)* Le B du VI est abrogé.
- ⑥ II et III. – *(Non modifiés)*

Article 8 ter

- ① I. – Le I bis de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « I bis. – Chaque heure de travail effectuée par les salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail ouvre droit à une déduction forfaitaire patronale :
- ③ « 1° De la cotisation due au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, à hauteur de 0,75 € dans les cas autres que ceux mentionnés aux 2° et 3° ;
- ④ « 2° Des cotisations de sécurité sociale, à hauteur de 1,50 €, pour les salariés à domicile employés pour des activités de garde d'enfants dont l'âge dépasse l'âge limite mentionné au IV de l'article L. 531-5 et n'excède pas celui mentionné au premier alinéa de l'article L. 521-3, dans la limite d'un nombre d'heures fixé par décret et sous réserve, pour l'employeur, de

se conformer aux modalités de déclaration fixées par le décret mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 531-8 ;

- 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. – (*Supprimé*)

Article 9

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

- ⑥ 3° La dernière phrase du 1° de l'article L. 241-6 est supprimée.
- ⑦ II et III. – (*Non modifiés*)

Article 10

- ① I. – Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin de l'intitulé du chapitre et de la section 1, les mots : « au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique » sont supprimés ;
- ③ 2° La section 2 est ainsi rédigée :
- ④ « Section 2
- ⑤ « **Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques**
- ⑥ « Art. L. 138-10. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 du présent code et de la contribution prévue 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. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.
- ⑦ « Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa du présent article sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte :
- ⑧ « 1° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du

16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite des indications au titre desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne, pour lesquels le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ;

⑨ « 2° Les spécialités génériques définies au *a* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au *a* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.

⑩ « *Art. L. 138-11.* – L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-10, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1.

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

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

⑬

«

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Taux de la contribution <i>(exprimé en % 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^{er} juin suivant l’année civile au titre de laquelle la contribution est due.
- ㉓ « Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l’objet d’une régularisation l’année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l’article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation 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^{er} mars de l’année suivante.

- ②⑤ « Art. L. 138-16. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;
- ②⑥ 3° Les articles L. 138-17 à L. 138-19 sont abrogés.
- ②⑦ II. – Le I s'applique pour le calcul de la contribution due à compter de l'année 2015.
- ②⑧ Le taux L mentionné aux articles L. 138-10 et L. 138-12 du code de la sécurité sociale est fixé à -1 %.
- ②⑨ III, III bis, IV et V. – (*Non modifiés*)
- ③⑩ VI à VIII. – (*Supprimés*)

Article 11

- ① I et II. – (*Non modifiés*)
- ② III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° Le dernier alinéa de l'article L. 138-9-1 est ainsi rédigé :
- ④ « La déclaration prévue au présent article est effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, le comité peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou au distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes réalisées en France. Les troisième et quatrième alinéas du présent article sont applicables à cette pénalité. » ;
- ⑤ 2° L'article L. 138-20 est ainsi modifié :
- ⑥ a) À la première phrase du premier alinéa, après la référence : « L. 245-5-1 », est insérée la référence : « , L. 245-5-5-1 » ;
- ⑦ b) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑧ « Les déclarations et versements afférents à ces contributions sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.
- ⑨ « La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au deuxième alinéa du présent article entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite

de 0,2 % des contributions dont la déclaration ou le versement a été effectué par une autre voie que la voie dématérialisée. Ces majorations sont versées à l'organisme chargé du recouvrement de ces contributions dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces contributions. » ;

- ⑩ 3° L'article L. 165-5 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑫ b) Le dernier alinéa est remplacé par un II ainsi rédigé :
- ⑬ « II. – La déclaration prévue au I est effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, l'agence peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires mentionné au deuxième alinéa du I. Le dernier alinéa du même I est applicable à cette pénalité. » ;
- ⑭ 4° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :
- ⑮ a) Au 6°, après la référence : « L. 245-5-1 », est insérée la référence : « , L. 245-5-5-1 » ;
- ⑯ b) Au début du 7°, les mots : « Les taxes perçues au titre des articles L. 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « La taxe perçue au titre de l'article » ;
- ⑰ 5° À l'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre IV du livre II, le mot : « Contribution » est remplacé par le mot : « Contributions » et la référence : « L. 165-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-17 » ;
- ⑱ 6° Après l'article L. 245-5-5, il est inséré un article L. 245-5-5-1 ainsi rédigé :
- ⑲ « Art. L. 245-5-5-1. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A du code général des impôts qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une contribution perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
- ⑳ « II. – La contribution s'applique aux dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* définis à l'article L. 5221-1 du même code.

- ⑳ « III. – L'assiette de la contribution est constituée du montant total des ventes de dispositifs mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées en France au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due.
- ㉑ « IV. – Le taux de la contribution est fixé à 0,29 %.
- ㉒ « V. – La contribution n'est pas exigible lorsque le montant total des ventes mentionnées au III n'a pas atteint, au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due, un montant hors taxes de 500 000 €.
- ㉓ « VI. – La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de dispositifs mentionnés au II.
- ㉔ « Le fait générateur de la contribution intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II. La contribution est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.
- ㉕ « VII. – La contribution mentionnée au I du présent article est versée selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article L. 245-5-5 du présent code.
- ㉖ « VIII. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale transmet à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de la contribution mentionnée au I du présent article, dans des conditions et suivants des modalités déterminées par décret.
- ㉗ « Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont connaissance en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal. »
- ㉘ IV et V. – (*Non modifiés*)

Article 12

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La section 1 du chapitre I^{er} du titre VII du livre I^{er} est complétée par des articles L. 171-4 et L. 171-5 ainsi rédigés :
- ③ « Art. L. 171-4. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale

d'assurance vieillesse 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* Au septième alinéa de l'article L. 376-1 et au cinquième alinéa de l'article L. 454-1, après le mot : « caisses », sont insérés les mots : « et, le cas échéant, l'organisme d'assurance maladie complémentaire concerné » ;
- 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

(*Supprimé*)

Article 12 bis B

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II. – Le I est applicable aux rentes versées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 12 bis C

(*Conforme*)

Article 12 bis

(*Suppression conforme*)

Article 12 ter A

(*Supprimé*)

Articles 12 ter B et 12 ter

(*Conformes*)

Article 12 quater

- ① I. – Le 10° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , au titre I^{er} de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale, aux articles L. 3441-2 et L. 4431-2 du code des transports et aux articles L. 931-5, L. 931-24 et L. 931-28 du code rural et de la pêche maritime ».
- ② II (*nouveau*). – Le quatrième alinéa de l'article L. 651-3 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Article 12 quinquies

(Suppression conforme)

Article 12 sexies

(Supprimé)

CHAPITRE II

Simplification du recouvrement

Article 13

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

- ⑧ 2° L'article 1001, dans sa rédaction résultant de l'article 19 de la loi n° du de finances pour 2015, est ainsi modifié :
- ⑨ a) Les 2° *bis* et 2° *ter* sont abrogés ;
- ⑩ b) Le 5° *bis* est complété par les mots : « autres que les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue à l'article L. 211-1 du code des assurances » ;
- ⑪ c) Après le 5° *ter*, il est inséré un 5° *quater* ainsi rédigé :
- ⑫ « 5° *quater* À 15 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur prévue à l'article L. 211-1 du code des assurances et concernant les véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes ainsi que les camions, camionnettes et fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires des exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci ;
- ⑬ « À 33 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée au même article L. 211-1 pour les véhicules autres que ceux mentionnés au premier alinéa du présent 5° *quater* ; »
- ⑭ d) Les *a* à *c* sont remplacés par des *a* et *b* ainsi rédigés :
- ⑮ « *a*) D'une fraction du produit de la taxe afférente aux contrats mentionnés au 5° *ter*, qui est affectée, pour la part correspondant à un taux de 2,6 % et dans la limite de 25 millions d'euros par an, au Conseil national des barreaux ;
- ⑯ « *b*) D'une fraction correspondant à un taux de 13,3 % du produit de la taxe au taux de 33 % et du produit de la taxe au taux de 15 % mentionnés au 5° *quater*, qui sont affectés dans les conditions prévues à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. »
- ⑰ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑱ A. – L'article L. 131-8 est ainsi modifié :
- ⑲ a) Le 3° est abrogé ;
- ⑳ b) Le 4° est ainsi rédigé :

- 21 « 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au *b* de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ; »
- 22 B. – La section 3 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} est abrogée ;
- 23 C. – Au premier alinéa de l'article L. 138-20, la référence : « L. 137-6, » est supprimée ;
- 24 C *bis*. – Le 5° de l'article L. 241-6 est ainsi rédigé :
- 25 « 5° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ; »
- 26 D. – À l'article L. 862-3, après le mot : « constituées », sont insérés les mots : « d'une fraction » ;
- 27 E. – L'article L. 862-4 est ainsi modifié :
- 28 1° Le I est ainsi modifié :
- 29 a) Au premier alinéa, les mots : « , au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, » sont supprimés et les mots : « afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de » sont remplacés par les mots : « maladie complémentaire versées pour les » ;
- 30 b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- 31 – les mots : « la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée » sont remplacés par les mots : « le montant des sommes stipulées » ;
- 32 – est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- 33 « Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient, directement ou indirectement, du fait de l'assuré. » ;
- 34 c) Au début de la première phrase du troisième alinéa, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « La taxe » ;
- 35 2° Le II est ainsi modifié :
- 36 a) À la fin, le taux : « 6,27 % » est remplacé par le taux : « 13,27 % » ;
- 37 b) Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

- ③⑧ « Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1.
- ③⑨ « Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire, sous réserve que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues au même article L. 871-1.
- ④⑩ « Lorsque les conditions prévues aux deuxième ou troisième alinéas du présent II ne sont pas respectées, le taux est majoré de 7 points. » ;
- ④⑪ 3° Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :
- ④⑫ « II *bis*. – Par dérogation au II, le taux de la taxe est fixé :
- ④⑬ « 1° À 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé souscrites dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts ;
- ④⑭ « 2° À 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4 et L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1 du présent code, et à 20,27 % si ces conditions ne sont pas respectées ;
- ④⑮ « 3° À 7 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;
- ④⑯ « 4° À 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° de l'article L. 321-1, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes

souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et à cette seule condition dans le cadre des contrats mentionnés au troisième alinéa du II du présent article, et à 14 % si ces conditions ne sont pas respectées.

- ④⑦ « Les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° du même article L. 321-1 figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II *bis* sont exonérées. » ;
- ④⑧ 4° Sont ajoutés des IV et V ainsi rédigés :
- ④⑨ « IV. – Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II *bis*, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du même II *bis* est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la Caisse nationale des allocations familiales.
- ⑤⑩ « V. – Les déclarations et versements afférents à cette taxe sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.
- ⑤① « La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au premier alinéa du présent V entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % de la taxe dont la déclaration ou le versement n'a pas été effectuée par voie dématérialisée. Ces majorations sont versées à l'organisme chargé du recouvrement de cette taxe dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à cette taxe. » ;
- ⑤② E *bis* (*nouveau*). – À l'article L. 862-6, la référence : « et II » est remplacée par les références : « , II et II *bis* » ;
- ⑤③ F. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1, les références : « 13° de l'article 995 et du 2° *bis* de l'article 1001 du même » sont remplacées par les références : « II et du 2° du II *bis* de l'article L. 862-4 du présent » ;
- ⑤④ G. – Au sixième alinéa du II de l'article L. 911-7, les mots : « du présent code » sont supprimés et, à la fin, la référence : « 2° *bis* de l'article 1001 du code général des impôts » est remplacée par la référence : « II de l'article L. 862-4 ».
- ⑤⑤ II *bis* et III. – (*Non modifiés*)

Article 15

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La section 4 du chapitre III du titre IV du livre II est complétée par un article L. 243-13 ainsi rétabli :
- ③ « *Art. L. 243-13. – I. – Les contrôles prévus à l'article L. 243-7 visant les entreprises versant des rémunérations à moins de dix salariés ou les travailleurs indépendants ne peuvent s'étendre sur une période supérieure à trois mois, comprise entre le début effectif du contrôle et la lettre d'observations.*
- ④ « Cette période peut être prorogée une fois à la demande expresse de l'employeur contrôlé ou de l'organisme de recouvrement.
- ⑤ « La limitation de la durée du contrôle prévue au premier alinéa du présent I n'est pas applicable lorsqu'est établi au cours de cette période :
- ⑥ « 1° Une situation de travail dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;
- ⑦ « 2° Une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;
- ⑧ « 3° Une situation d'abus de droit, défini à l'article L. 243-7-2 ;
- ⑨ « 4° Ou un constat de comptabilité insuffisante ou de documentation inexploitable.
- ⑩ « II. – Le présent article n'est pas applicable lorsque la personne contrôlée appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles il existe un lien de dépendance ou de contrôle, au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce, et que l'effectif de cet ensemble est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I du présent article.
- ⑪ « 1° et 2° (*Supprimés*) » ;
- ⑫ 2° Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ⑬ « Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité

sociale en qualité d'employeur lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement une rémunération, au sens de l'article L. 242-1. » ;

- ⑭ 3° La section 3 *bis* du chapitre III du titre IV du livre II est complétée par un article L. 243-6-5 ainsi rédigé :
- ⑮ « Art. L. 243-6-5. – I. – Lorsque les sommes dues n'ont pas un caractère définitif, le directeur des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code peut conclure avec un cotisant une transaction, sauf en cas de travail dissimulé défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, ou lorsque le cotisant a mis en œuvre des manœuvres dilatoires visant à nuire au bon déroulement du contrôle.
- ⑯ « II. – Cette transaction ne peut porter, pour une période limitée à quatre ans, que sur :
- ⑰ « 1° Le montant des majorations de retard et les pénalités, notamment celles appliquées en cas de production tardive ou inexactitude des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales ;
- ⑱ « 2° L'évaluation d'éléments d'assiette des cotisations ou contributions dues relative aux avantages en nature, aux avantages en argent et aux frais professionnels, lorsque cette évaluation présente une difficulté particulière ;
- ⑲ « 3° Les montants des redressements calculés en application soit de méthodes d'évaluation par extrapolation, soit d'une fixation forfaitaire du fait de l'insuffisance ou du caractère inexploitable des documents administratifs et comptables.
- ⑳ « III. – La possibilité de conclure une transaction sur un ou plusieurs chefs de redressement faisant suite à un contrôle prévu à l'article L. 243-7 et faisant l'objet d'un recours devant la commission de recours amiable de l'organisme de recouvrement est suspendue à compter de la date de ce recours et jusqu'à la date de la décision de cette commission. Cette possibilité n'est rétablie à l'issue de cette période que lorsque le tribunal des affaires de la sécurité sociale a été saisi.
- ㉑ « III *bis*. – La transaction conclue est communiquée à l'autorité mentionnée à l'article L. 151-1.

- ②② « Le directeur des organismes mentionnés au I du présent article rend compte, avant le 30 juin de chaque année, des transactions conclues l'année précédente.
- ②③ « Lorsqu'une transaction est devenue définitive après accomplissement des obligations qu'elle prévoit et approbation de l'autorité prévue au même article L. 151-1, aucune procédure contentieuse ne peut plus être engagée ou reprise pour remettre en cause l'objet de la transaction.
- ②④ « IV. – Toute convention portant sur les éléments mentionnés aux 1° à 3° du II doit, à peine de nullité, respecter les conditions et la procédure fixées au présent article et les textes pris pour son application.
- ②⑤ « V. – La transaction conclue par la personne physique mentionnée au I du présent article engage l'organisme de recouvrement. L'article L. 243-6-4 est applicable aux transactions. » ;
- ②⑥ 4° L'article L. 652-3 est ainsi modifié :
- ②⑦ a) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, après le mot : « cotisations », il est inséré le mot : « , contributions » ;
- ②⑧ b) Le troisième alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ②⑨ « Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. À peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans le délai d'un mois à partir de la notification de l'opposition. En cas de contestation, le paiement est différé pendant ce délai et, le cas échéant, jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine. Le paiement n'est pas différé, sauf si le juge en décide autrement :
- ③⑩ « 1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un redressement pour travail dissimulé défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;
- ③⑪ « 2° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;
- ③⑫ « 3° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif. » ;
- ③⑬ c) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

- ③4 « Le présent article est applicable au recouvrement des indus de prestations sociales, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »
- ③5 II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ③6 1° Après l'article L. 724-7, il est inséré un article L. 724-7-1 ainsi rédigé :
- ③7 « *Art. L. 724-7-1.* – L'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;
- ③8 2° Le dernier alinéa de l'article L. 724-7 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ③9 « La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7 du même code est applicable au régime agricole. » ;
- ④0 3° La section 3 du chapitre V du titre II du livre VII est complétée par un article L. 725-26 ainsi rédigé :
- ④1 « *Art. L. 725-26.* – L'article L. 243-6-5 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;
- ④2 4° L'article L. 725-12 est ainsi rédigé :
- ④3 « *Art. L. 725-12.* – L'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. »
- ④4 III. – (*Non modifié*)

Article 16

(*Conforme*)

CHAPITRE III

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

Article 20

- ① I. – L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :
- ② 1° À la fin de la seconde phrase du dernier alinéa de l'article 8, les mots : « à la caisse gestionnaire » sont remplacés par les mots : « à l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 » ;
- ③ 2° L'article 15 est ainsi rédigé :
- ④ « *Art. 15.* – L'organisme gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte, mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance, exerce une action sociale en faveur des ressortissants du régime et de leurs familles, dans les conditions fixées à l'article 26 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. » ;
- ⑤ 2° *bis* L'article 13 est ainsi modifié :
- ⑥ a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « payeur » est remplacé par les mots : « mentionné à l'article 19 » ;
- ⑦ b) À la première phrase du quatrième alinéa, les mots : « la caisse gestionnaire » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance » ;
- ⑧ c) Au cinquième alinéa, les mots : « la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné au même article 19 » ;
- ⑨ d) Le début de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé : « L'organisme mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance est autorisé... (*le reste sans changement*). » ;
- ⑩ 2° *ter* À l'article 17, les mots : « la caisse gestionnaire des prestations familiales à Mayotte » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance » ;
- ⑪ 3° L'article 19 est ainsi rédigé :

- ⑫ « Art. 19. – La gestion du régime des prestations familiales institué par la présente ordonnance est assurée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte » ;
- ⑬ 4° Le début du II de l'article 22 est ainsi rédigé : « L'organisme mentionné à l'article 19 rembourse... (*le reste sans changement*). »
- ⑭ II. – 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 :
- ⑮ 1° Après l'article 20-5-6, il est inséré un article 20-5-7 ainsi rédigé :
- ⑯ « Art. 20-5-7. – Les frais d'hospitalisation mentionnés au 10° de l'article 20-1 sont facturés dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-7, au I de l'article L. 162-22-10 et à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑰ 2° L'article 22 est ainsi modifié :
- ⑱ a) Le 2° du II est ainsi rétabli :
- ⑲ « 2° D'assurer la gestion du régime des prestations familiales institué par le titre I^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ; »
- ⑳ b) Le 5° du même II est ainsi rétabli :
- ㉑ « 5° D'exercer une action sociale en faveur des ressortissants du régime des prestations familiales et de leurs familles ; »
- ㉒ c) La première phrase du premier alinéa du III est ainsi rédigée :
- ㉓ « La caisse assure le recouvrement des ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° du II du présent article et de la cotisation prévue à l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale tel qu'adapté au 4° de l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 précitée, selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et cotisations du régime général de la sécurité sociale de la France métropolitaine. » ;
- ㉔ d) Le IV est abrogé ;

- 25 e) Au VI, après la référence : « L. 222-1 », est insérée la référence : « , L. 223-1 » ;
- 26 3° Au quatrième alinéa du I de l'article 23, après le mot : « mahoraises », sont insérés les mots : « , un représentant des associations familiales » ;
- 27 4° L'article 23-2 est ainsi modifié :
- 28 a) (nouveau) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- 29 b) Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- 30 « II. – Les articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte, sous réserve de l'adaptation suivante : aux 1° et 3° du II du même article L. 162-1-14, les mots : “du présent code” sont remplacés par les mots : “de la présente ordonnance”.
- 31 « La caisse de sécurité sociale de Mayotte assume dans ce cadre les compétences des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse et des caisses d'assurance maladie. » ;
- 32 5° Au huitième alinéa de l'article 24, la référence : « et L. 222-1 » est remplacée par les références : « , L. 222-1 et L. 223-1 » ;
- 33 6° L'article 26 est ainsi rédigé :
- 34 « Art. 26. – I. – Pour assurer le service des prestations des régimes définis aux 1° à 4° du II de l'article 22, les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses de chacun desdits régimes au titre de l'exercice, après déduction des recettes de cotisations et contributions sociales de ces mêmes régimes au titre du même exercice.
- 35 « Si, pour tout ou partie des régimes, les recettes de cotisations et contributions sociales excèdent les dépenses au titre de l'exercice, la caisse de sécurité sociale de Mayotte transfère les excédents constatés au titre de ce même exercice aux organismes nationaux du régime général concernés.
- 36 « II. – Les organismes nationaux mentionnés au I ainsi que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses

dépenses de gestion administrative au titre de l'exercice, après déduction des éventuelles recettes de gestion administrative au titre de ce même exercice.

- 37 « Les dépenses de gestion administrative de la caisse s'inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.
- 38 « III. – Les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses d'action sociale et de prévention au bénéfice des ressortissants des régimes mentionnés au II de l'article 22 de la présente ordonnance.
- 39 « Les dépenses d'action sociale et de prévention s'inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du même code.
- 40 « Les objectifs de l'action sociale et de la prévention exercée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte en faveur des ressortissants des régimes mentionnés au II de l'article 22 de la présente ordonnance et de leur famille sont définis par les contrats pluriannuels mentionnés au même article L. 227-3.
- 41 « IV. – La gestion de chacun des régimes et actions mentionnés au II de l'article 22 est retracée distinctement dans les écritures comptables de la caisse de sécurité sociale de Mayotte.
- 42 « V. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte, dans les conditions fixées en application de l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale.
- 43 « VI. – Les articles L. 114-5, L. 114-6 et L. 114-6-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.
- 44 « VII. – Pour l'application du présent article, la caisse de sécurité sociale de Mayotte est considérée comme un organisme de base, au sens du titre I^{er} du livre II du code de la sécurité sociale.
- 45 « VIII. – (*Supprimé*) »
- 46 III, III bis et IV. – (*Non modifiés*)

- ④⑦ V. – Les réserves et le report à nouveau inscrits dans les comptes de la caisse de sécurité sociale de Mayotte au 1^{er} janvier 2015 au titre de la gestion des régimes de sécurité sociale, de l’action sociale et de la prévention mentionnés au II de l’article 22 de l’ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l’amélioration de la santé publique, à l’assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte sont transférés, après affectation du résultat de l’exercice 2014, aux organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale. Un arrêté fixe les montants de ces transferts.
- ④⑧ VI. – (*Non modifié*)
- ④⑨ VII. – Le I, les 2° à 6° du II et les V et VI du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2015. Le 1° du II et le IV entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 21

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – L’article L. 131-7 est ainsi modifié :
- ③ 1° Après le mot : « application », la fin du premier alinéa est supprimée ;
- ④ 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Le premier alinéa du présent article n’est pas applicable à l’exonération prévue au deuxième alinéa de l’article L. 242-1, aux réductions et aux exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4 et L. 241-13 et au second alinéa de l’article L. 242-11, dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2015 et dans les conditions d’éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées à ces mêmes articles, ainsi qu’à la réduction de la contribution mentionnée à l’article L. 651-1, dans sa rédaction résultant du 11° du I de l’article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. » ;
- ⑥ B. – L’article L. 131-8 est ainsi modifié :
- ⑦ 1° Le 1° est ainsi modifié :
- ⑧ a) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,5 % » est remplacé par le taux : « 18 % » ;

- ⑨ b) À la fin du dernier alinéa, le taux : « 19 % » est remplacé par le taux : « 28,5 % » ;
- ⑩ 2° Le 7° est ainsi modifié :
- ⑪ a) À la fin du a, le taux : « 60 % » est remplacé par le taux : « 57,53 % » ;
- ⑫ b) Au e, le taux : « 7,48 % » est remplacé par le taux : « 7,99 % » ;
- ⑬ c) Après le h, il est inséré un i ainsi rédigé :
- ⑭ « i) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 % . » ;
- ⑮ C. – Le 2 du VI de l'article L. 136-8 est complété par les mots : « et pour les produits mentionnés aux I et III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée » ;
- ⑯ D. – L'article L. 651-2-1, dans sa rédaction résultant de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, est ainsi modifié :
- ⑰ 1° À la fin du 1°, le taux : « 22 % » est remplacé par le taux : « 13,3 % » ;
- ⑱ 2° À la fin du 2°, le taux : « 33 % » est remplacé par le taux : « 41,7 % » .
- ⑲ II. – (*Non modifié*)
- ⑳ III. – Le présent article s'applique aux produits des impositions et contributions assises sur les opérations dont le fait générateur intervient à compter du 1^{er} janvier 2015, à l'exception du A du I, qui s'applique à compter du 1^{er} janvier 2015.
-

TITRE II
CONDITIONS GENERALES
DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE

Article 24

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

②

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	191,0	198,0	-7,0
Vieillesse	222,7	224,0	-1,3
Famille	52,4	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles ..	13,7	13,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)....	466,2	476,6	-10,3

Article 25

- ① Pour l'année 2015, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

②

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	166,7	173,6	-6,9
Vieillesse	119,4	120,9	-1,5
Famille	52,4	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles ..	12,3	12,1	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)....	338,1	348,6	-10,5

.....

Article 28

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2015 à 2018), 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 DEPENSES POUR L'EXERCICE 2015

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE

CHAPITRE I^{ER}

Amélioration de l'accès aux soins et aux droits

Article 29 bis A

(Supprimé)

Article 29 bis

- ① I. – Le premier alinéa de l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Les mots : « ainsi que » sont remplacés par le signe : « , » ;
- ③ 2° Sont ajoutés les mots : « ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au second alinéa de l'article L. 863-3 ».
- ④ II. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} juillet 2015.

CHAPITRE II

Promotion de la prévention

Article 33

(Conforme)

Article 34

- ① I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 3111-11 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :
- ③ « Les dépenses afférentes aux vaccins sont prises en charge, pour les assurés sociaux ou leurs ayants droit, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, dans les conditions prévues au titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles et selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.
- ④ « La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du même code.
- ⑤ « Selon des modalités définies par décret, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés peut négocier, pour le compte des établissements ou organismes habilités et des collectivités territoriales exerçant des activités en matière de vaccination, les conditions d'acquisition des vaccins destinés à y être administrés et qui sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 dudit code. » ;
- ⑥ 2° L'article L. 3112-3 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Au second alinéa, après les mots : « suivi médical », sont insérés les mots : « , au vaccin » et, après le mot : « sociaux », sont insérés les mots : « ou leurs ayants droit » ;
- ⑧ b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

- ⑨ « La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du même code.
- ⑩ « Selon des modalités définies par décret, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés peut négocier, pour le compte des établissements ou organismes habilités et des collectivités territoriales exerçant des activités en matière de vaccination, les conditions d'acquisition des vaccins destinés à y être administrés et qui sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 dudit code. »
- ⑪ II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016, à l'exception de l'avant-dernier alinéa des articles L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la santé publique, qui entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2018.
- ⑫ Jusqu'à la date fixée par le décret mentionnée au premier alinéa du présent II, une convention conclue entre, d'une part, chaque établissement ou organisme habilité ou chaque collectivité territoriale exerçant des activités en matière de vaccination et, d'autre part, la caisse primaire d'assurance maladie du département auquel il ou elle se rattache établit les modalités de facturation de ces vaccins. Le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, mentionné à l'article L. 182-2-4 du code de la sécurité sociale, fixe le modèle type de la convention.

Article 35

(Conforme)

CHAPITRE III

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

Article 36

- ① I. – La section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La sous-section 3 est complétée par un article L. 162-22-20 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 162-22-20.* – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation

complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année par établissement.

- ④ « Un décret en Conseil d'État précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul par établissement sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;
- ⑤ 2° La sous-section 4 est complétée par un article L. 162-30-3 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 162-30-3. – I. –* Les établissements de santé qui exercent les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'agence régionale de santé un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.
- ⑦ « La conformité aux référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins est appréciée, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, au moyen d'indicateurs dont les valeurs limites sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑧ « Le contrat d'amélioration des pratiques comporte des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un plan d'actions pour les atteindre et des indicateurs de suivi. Il porte sur les activités de l'établissement, ainsi que sur la coordination avec les autres professionnels et structures assurant la prise en charge des patients de l'établissement, susceptibles de présenter des risques pour la qualité de la prise en charge.
- ⑨ « Le contrat d'amélioration des pratiques est annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique. Il est conforme à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑩ « II. – Chaque année, en cas d'écarts par rapport aux engagements contractuels, l'établissement est mis en mesure de présenter ses observations. En cas de manquement de l'établissement à ses obligations, l'agence régionale de santé peut prononcer à son encontre une pénalité versée à l'organisme local d'assurance maladie et correspondant à une fraction du montant des produits versés par l'assurance maladie, proportionnée à l'ampleur et à la gravité des manquements constatés et dans la limite de 1 % de ces produits.
- ⑪ « En cas de refus par un établissement de santé de signer un contrat, l'agence régionale de santé peut prononcer, après que l'établissement a été

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

⑫ « III. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, notamment la procédure applicable, la nature des risques faisant l'objet du contrat d'amélioration des pratiques et mentionnés au troisième alinéa du I, la durée maximale du contrat et les modalités de calcul des pénalités mentionnées au II. »

⑬ II. – *(Non modifié)*

.....

Article 40

(Conforme)

.....

CHAPITRE IV

Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

Article 42

① Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

③ « *Art. L. 162-1-17.* – En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-4, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical 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 « 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.

- ⑭ « 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.
- ⑮ « 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.
- ⑯ « Ce contrat comporte des objectifs qualitatifs d'amélioration de la pertinence des soins.
- ⑰ « 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 :
- ⑱ « 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 ;
- ⑲ « 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.
- ⑳ « 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.

- ⑪ « 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.
- ⑫ « 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*

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase de l'article L. 5125-23-2, après le mot : « biologique », sont insérés les mots : « ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif » ;
- ③ 2° Après l'article L. 5125-23-3, il est inséré un article L. 5125-23-4 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 5125-23-4.* – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif prescrit, un médicament administré par voie inhalée lorsque les conditions suivantes sont remplies :
- ⑤ « 1° Le médicament administré par voie inhalée délivré appartient au même groupe générique, défini au *b* du 5° de l'article L. 5121-1 ;
- ⑥ « 2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament administré par voie inhalée ;

- ⑦ « 3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution ;
- ⑧ « 4° Le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ; cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.
- ⑨ « Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament administré par voie inhalée prescrit un médicament administré par voie inhalée du même groupe, il inscrit le nom de la spécialité qu'il a délivrée sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.
- ⑩ « Le pharmacien assure la dispensation de ce même médicament administré par voie inhalée lors du renouvellement de la prescription ou d'une nouvelle ordonnance de poursuite de traitement.
- ⑪ « Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de substitution du médicament administré par voie inhalée et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec la même spécialité, sont précisées par décret en Conseil d'État. »
- ⑫ II. – Au cinquième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, la référence : « ou de l'article L. 5125-23-3 » est remplacée par les références : « , de l'article L. 5125-23-3 ou de l'article L. 5125-23-4 ».

Article 44

- ① I. – L'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :
- ② « *Art. L. 162-22-7-2.* – Les tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicables aux prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 répondant aux conditions définies au deuxième alinéa du présent article sont minorés d'un montant forfaitaire, lorsqu'au moins une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7 est facturée en sus de cette prestation. Ce montant forfaitaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ③ « La minoration forfaitaire s'applique aux prestations d'hospitalisation pour lesquelles la fréquence de prescription de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa du I du même article L. 162-22-7 est au moins égale à 25 % de l'activité afférente à ces prestations et lorsque

ces spécialités pharmaceutiques représentent au moins 15 % des dépenses totales afférentes aux spécialités inscrites sur cette même liste.

- ④ « La liste des prestations d’hospitalisation concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑤ « Le montant de la minoration ne peut en aucun cas être facturé aux patients. »
- ⑥ II. – Le présent article s’applique à compter du 1^{er} mars 2015.

Article 45 bis

(Supprimé)

CHAPITRE V

Paiement des produits de santé à leur juste prix

Article 47

(Conforme)

Articles 47 bis, 47 ter et 47 quater

(Supprimés)

CHAPITRE VI

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

Article 48

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après l’article L. 162-22-2, il est inséré un article L. 162-22-2-1 ainsi rédigé :

- ③ « *Art. L. 162-22-2-I.* – I. – Lors de la détermination annuelle de l’objectif mentionné au I de l’article L. 162-22-2, une part de son montant peut être affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d’une dotation mise en réserve, de manière à concourir au respect de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie. Cette part peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l’article L. 162-22-1.
- ④ « II. – Au regard notamment de l’avis mentionné à l’avant-dernier alinéa de l’article L. 114-4-1, l’État peut décider de verser aux établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l’article L. 162-22-6 tout ou partie de la dotation mise en réserve en application du I du présent article, en fonction des montants versés par l’assurance maladie à chacun de ces établissements au titre de l’année pour laquelle l’objectif a été fixé.
- ⑤ « La part de la dotation ainsi versée peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l’article L. 162-22-1.
- ⑥ « III. – Les modalités d’application du présent article sont fixées par décret en Conseil d’État. » ;
- ⑦ 2° La première phrase du 1° du I de l’article L. 162-22-3 est complétée par la référence : « et au I de l’article L. 162-22-2-1 » ;
- ⑧ 3° Le II de l’article L. 162-22-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « Ces tarifs sont établis en prenant en compte les effets de la constitution de la dotation mise en réserve en application du I de l’article L. 162-22-2-1. » ;
- ⑩ 4° Au premier alinéa de l’article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-9-1, ».
-

Article 49 bis

(Supprimé)

CHAPITRE VII

Autres mesures

Article 51

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 1221-8 est ainsi modifié :
- ③ a) À la première phrase du 1°, après le mot : « plasma », sont insérés les mots : « dans la production duquel n'intervient pas un processus industriel, quelle que soit sa finalité, » ;
- ④ b) Après le 2°, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :
- ⑤ « 2° *bis* Du plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel, régi par le livre I^{er} de la cinquième partie ; »
- ⑥ c) Le 3° est ainsi rédigé :
- ⑦ « 3° Des médicaments issus du fractionnement du plasma régis par le même livre I^{er} ; »
- ⑧ 2° Le premier alinéa de l'article L. 1221-9 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑨ « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les tarifs :
- ⑩ « 1° De cession des produits sanguins labiles, à l'exception des plasmas à finalité transfusionnelle ;
- ⑪ « 2° De conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des plasmas à finalité transfusionnelle relevant des 1° ou 2° *bis* de l'article L. 1221-8 par les établissements de transfusion sanguine. » ;
- ⑫ 3° L'article L. 1221-10 est ainsi modifié :
- ⑬ a) Le premier alinéa est précédé de la mention : « I. – » ;
- ⑭ b) Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- ⑮ « II. – Par dérogation aux articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des plasmas mentionnés au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 sont effectuées soit par un établissement de transfusion sanguine, soit par un établissement de santé autorisé à cet effet dans des conditions définies par décret. » ;

- ⑩ 4° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 1221-10-2, après le mot : « labiles », sont insérés les mots : « et les plasmas mentionnés au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 » ;
- ⑪ 5° L'article L. 1221-13 est ainsi modifié :
- ⑫ a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et de plasma mentionné au 2° *bis* de l'article L. 1221-8, ce dernier produit demeurant également soumis au chapitre I^{er} *bis* du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie » ;
- ⑬ b) Au dernier alinéa, après le mot : « labiles », sont insérés les mots : « et du plasma mentionné au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 du présent code » ;
- ⑭ 6° L'article L. 1222-8 est ainsi modifié :
- ⑮ a) Au 1°, les mots : « de la cession des » sont remplacés par les mots : « des activités liées aux » ;
- ⑯ b) Après le même 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :
- ⑰ « 1° *bis* Les produits des activités liées au plasma mentionné au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 ; »
- ⑱ 7° Après la première phrase du second alinéa de l'article L. 1223-1, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ⑲ « Ces établissements conservent en vue de leur délivrance et délivrent les plasmas mentionnés au 2° *bis* de l'article L. 1221-8, dans les conditions fixées au II de l'article L. 1221-10. » ;
- ⑳ 8° L'article L. 5121-1 est complété par un 18° ainsi rédigé :
- ㉑ « 18° Médicament dérivé du sang, tout médicament préparé industriellement à partir du sang ou de ses composants. Ils sont soumis au présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables. Ils comprennent notamment :
- ㉒ « a) Les médicaments issus du fractionnement du plasma ;
- ㉓ « b) Le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel, dont l'autorisation de mise sur le marché respecte l'article L. 5121-11 du présent code et dont la collecte et la qualification biologique respectent les exigences prévues par la directive 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil, du 27 janvier 2003,

établissant des normes de qualité et de sécurité pour la collecte, le contrôle, la transformation, la conservation et la distribution du sang humain, et des composants sanguins, et modifiant la directive 2001/83/CE. » ;

- ⑩ 9° L'article L. 5121-3 est abrogé ;
- ⑪ 10° Après l'article L. 5126-5-1, il est inséré un article L. 5126-5-2 ainsi rédigé :
- ⑫ « Art. L. 5126-5-2. – I. – Par dérogation aux articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des médicaments définis au *b* du 18° de l'article L. 5121-1 sont effectuées soit par un établissement de transfusion sanguine, soit par un établissement de santé autorisé à cet effet dans les conditions mentionnées au II de l'article L. 1221-10.
- ⑬ « II. – Tout contrat d'achat de plasma à finalité transfusionnelle mentionné au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 conclu entre un établissement pharmaceutique et un établissement de santé doit comporter, à peine de nullité, des clauses permettant de mettre en œuvre et de respecter les obligations de conservation en vue de la délivrance et de délivrance mentionnées au I du présent article. »

Article 52 bis

(Conforme)

Article 53

- ① I à IV. – *(Non modifiés)*
- ② IV *bis (nouveau)*. – Pour l'année 2015, la section mentionnée au V *bis* de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles retrace, en charges, la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement du plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes liées à l'âge et à la perte d'autonomie, dans la limite de 20 millions d'euros.
- ③ V. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

- ④ 1° Les mots : « , pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, » sont supprimés ;
- ⑤ 2° Après la seconde occurrence du mot : « sur », la fin est ainsi rédigée : « les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. »

Articles 53 bis A, 53 bis B et 53 bis C

(Supprimés)

Article 53 bis D

(Conforme)

Article 53 bis E

(Supprimé)

Article 53 bis

(Suppression conforme)

Article 53 ter

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus depuis 2008 avec les établissements et services du secteur social et médico-social.

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 198,0 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 173,6 milliards d'euros.

Article 55

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

②

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	83,0
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité....	56,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	20,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,2
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,6
Total	182,3

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES D'ASSURANCE VIEILLESSE

Articles 56 A et 56 B

(Supprimés)

Article 56

- ① Par dérogation aux conditions prévues à l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, les enfants des anciens harkis, moghaznis et personnels des diverses formations supplétives et assimilés de statut civil de droit local qui ont servi en Algérie et qui sont venus établir leur domicile en France voient les périodes qu'ils ont passées dans des camps militaires de transit et d'hébergement entre le 18 mars 1962 et le 31 décembre 1975 prises en compte par le régime général d'assurance vieillesse, sous réserve :
- ② 1° Qu'ils aient été âgés de 16 à 21 ans pendant les périodes mentionnées au premier alinéa du présent article ;

- ③ 2° Du versement des cotisations prévues au premier alinéa du I du même article L. 351-14-1, diminué du montant d'une réduction forfaitaire prise en charge par l'État dans des conditions et limites fixées par décret.
 - ④ Le nombre de trimestres d'assurance attribués en application du présent article est limité à quatre, sans que le total des trimestres acquis à ce titre et, le cas échéant, en application dudit article L. 351-14-1 n'excède le plafond fixé au premier alinéa du I du même article.
-

TITRE III

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

.....

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE

Article 61 AA

(Supprimé)

Article 61 A

- ① I. – L'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ② « Le montant des allocations mentionnées aux deux premiers alinéas du présent article, ainsi que celui des majorations mentionnées à l'article L. 521-3 varient en fonction des ressources du ménage ou de la personne qui a la charge des enfants, selon un barème défini par décret.
- ③ « Le montant des allocations familiales varie en fonction du nombre d'enfants à charge.

- ④ « Les niveaux des plafonds de ressources, qui varient en fonction du nombre d'enfants à charge, sont révisés conformément à l'évolution annuelle de l'indice des prix à la consommation, hors tabac.
- ⑤ « Un complément dégressif est versé lorsque les ressources du bénéficiaire dépassent l'un des plafonds, dans la limite de montants définis par décret. Les modalités de calcul de ces montants et celles du complément dégressif sont définies par décret. »
- ⑥ *I bis (nouveau)*. – L'article L. 755-12 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Toutefois, les quatre derniers alinéas de l'article L. 521-1 ne sont pas applicables lorsque le ménage ou la personne a un seul enfant à charge. »
- ⑧ II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2015.
- ⑨ III (*nouveau*). – Le *I bis* est applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

Article 61 B

(Supprimé)

Article 62

Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 54,6 milliards d'euros.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES

TITRE VI

DISPOSITIONS RELATIVES A LA GESTION DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT A LEUR FINANCEMENT AINSI QU'AU CONTROLE ET A LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Article 65

- ① I. – L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est ainsi modifié :
- ③ a) Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :
- ④ « 5° Les actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées, en application de l'article L. 114-10 du présent code et de l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, par les agents mentionnés au présent article, visant à refuser l'accès à une information formellement sollicitée, à ne pas répondre ou à apporter une réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant des organismes chargés de la gestion des prestations familiales et des prestations d'assurance vieillesse, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête. » ;
- ⑤ b) Après la deuxième phrase du sixième alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ⑥ « Tout fait ayant donné lieu à une sanction devenue définitive en application du présent article peut constituer le premier terme de récidive d'un nouveau manquement sanctionné par le présent article. » ;
- ⑦ 2° À la première phrase du II, le mot : « dixième » est remplacé par le mot : « trentième ».
- ⑧ II. – L'article L. 114-18 du même code est ainsi modifié :
- ⑨ 1° Les mots : « six mois » sont remplacés par les mots : « deux ans » ;
- ⑩ 2° Le montant : « 15 000 euros » est remplacé par le montant : « 30 000 € » ;

- ⑪ 3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑫ « 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 15 000 €, ou seulement de l'une des deux peines. »

Article 66

- ① I. – L'article L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 242-1-3.* – Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, ces organismes transmettent les informations nécessaires aux caisses mentionnées à l'article L. 215-1, afin que ces dernières procèdent à la rectification des droits des salariés concernés.
- ③ « En cas de constat de travail dissimulé, au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification ne peut être réalisée qu'à compter du paiement du redressement. »
- ④ II et III. – (*Non modifiés*)

Articles 66 bis et 66 ter

(*Supprimés*)

Article 69

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° La section 2 *ter* du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-6-8-4 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 133-6-8-4.* – Le travailleur indépendant qui a opté pour l'application de l'article L. 133-6-8 du présent code 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* (*Supprimé*)
- ⑥ 2° Après le premier alinéa de l'article L. 243-7-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « La majoration est portée à 40 % dans les cas mentionnés à l'article L. 8224-2 du code du travail. »

Délibéré en séance publique, à Paris, le 25 novembre 2014.

Le Président,
Signé : CLAUDE BARTOLONE

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

- ① 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 (FSV) pour la période 2015-2018. Cette évolution s'inscrit dans le cadre de l'objectif d'un retour progressif à l'équilibre des comptes des régimes de sécurité sociale. D'ici à 2018, le déficit global du régime général et du FSV devrait être divisé par près de 5 par rapport à 2014. Il se limiterait en effet à 2,9 milliards d'euros.

②

(En milliards d'euros)

	2014	2015	2016	2017	2018
Solde régime général et FSV	-15,4	-13,4	-10,3	-5,7	-2,9
Solde tous régimes et FSV	-15,4	-13,3	-10,2	-6,1	-4,0

- ③ Dans un environnement économique caractérisé par les incertitudes sur la reprise de l'activité dans la zone euro, ce redressement de la trajectoire financière des régimes s'appuiera sur la poursuite de l'action ambitieuse de régulation des dépenses menée depuis 2012. Cette action reposera sur une maîtrise accrue du rythme d'évolution des dépenses d'assurance maladie et sur la poursuite des adaptations des règles d'attribution des prestations versées par la branche Famille. Elle bénéficie par ailleurs des effets attendus de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Par ailleurs, les modalités de compensation des mesures centrales prises dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité permettront de ne pas affecter globalement les recettes de la sécurité sociale.

- ④ I. – Un environnement économique caractérisé par les incertitudes sur la reprise de l'activité dans la zone euro

- ⑤ Les projections pluriannuelles de recettes et de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV reposent, pour l'exercice 2014, sur une prévision de croissance de l'activité de 0,4 %. Cette prévision tient compte de la faible croissance de l'activité constatée dans la zone euro au premier semestre 2014, après un exercice 2013 marqué par une amélioration

des perspectives conjoncturelles. La masse salariale du secteur privé, principale source de financement des régimes, augmenterait de 1,6 % sur l'année en cours.

- ⑥ Pour l'année 2015, l'évolution des soldes des régimes de sécurité sociale et du FSV retient comme sous-jacent une prévision de croissance du produit intérieur brut (PIB) de 1 %, légèrement plus prudente que celle du « Consensus Forecasts » de septembre (1,1 % de croissance de l'activité en 2015). L'hypothèse de masse salariale associée à cette prévision de croissance de l'activité s'élève à 2 % pour le prochain exercice.

- ⑦ Au delà de 2015, la poursuite du redressement de la trajectoire des comptes sociaux bénéficiera de l'accélération progressive des principaux agrégats économiques, sous le double effet du déploiement du pacte de compétitivité (crédit d'impôt compétitivité emploi) et de la mise en œuvre du pacte de responsabilité et de solidarité adopté dans le cadre de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. Le renforcement des allègements généraux de cotisations sociales et la baisse du taux des cotisations familiales pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC, dès 2015, permettront de soutenir l'emploi et l'investissement. Le volet solidarité du pacte, qui reposera sur un allègement de l'impôt sur le revenu pour les foyers modestes imposables, contribuera par ailleurs à soutenir la consommation des ménages.

- ⑧ Cette accélération de la croissance de l'activité à compter de 2016 permettra un retour à des niveaux de progression soutenue de la masse salariale du secteur privé (3,5 % en 2016 et 4,2 % en 2017-2018), favorisant ainsi le retour vers l'équilibre des comptes sociaux à cet horizon de moyen terme.

⑨ **Principales hypothèses retenues**

	<i>(En %)</i>					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PIB (volume)	0,30	0,40	1,00	1,70	1,85	1,85
Masse salariale privée.....	1,20	1,60	2,00	3,50	4,20	4,20
Masse salariale publique.....	1,10	1,50	1,10	1,10	1,10	1,10
Inflation	0,70	0,50	0,90	1,40	1,75	1,75

- ⑩ Conformément à la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, l'ensemble de ces prévisions économiques ont été soumises au Haut Conseil des finances publiques, qui s'est prononcé sur la sincérité des hypothèses retenues ainsi que sur leur cohérence avec nos engagements européens.

- ⑪ II. – Un redressement des comptes sociaux assis, en cohérence avec la stratégie des finances publiques de la France, sur un effort d'économies en dépenses
- ⑫ 1. Un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé à 2 % en moyenne
- ⑬ Les réformes en matière de gouvernance et de pilotage de l'ONDAM ont permis de respecter ou d'être en deçà de l'objectif initial voté chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. Les estimations présentées à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2014 font finalement état d'une sous-consommation de l'ONDAM 2013 de 1,7 milliard d'euros, après prise en compte du dénouement des provisions.
- ⑭ À côté des réformes structurelles mises en œuvre, la mise en réserve d'une partie des moyens de l'ONDAM, en début d'année, à hauteur de 0,3 % au minimum de l'objectif voté, a contribué à ce résultat et a fait la preuve de son efficacité en matière de pilotage de dépenses d'assurance maladie. Cette disposition, introduite dans les lois de programmation des finances publiques précédentes, s'est avérée efficace et correctement calibrée et il est ainsi proposé de la reconduire sur les exercices à venir.
- ⑮ Ainsi, les gels infra-annuels réalisés sur l'ONDAM 2014 contribueront, avec les mesures proposées dans la deuxième partie de la présente loi, à sécuriser l'exécution de l'objectif prévu en loi de financement de la sécurité sociale rectificative, malgré l'augmentation attendue sur les soins de ville, liée à l'introduction sur le marché du nouveau traitement destiné aux patients atteints du virus de l'hépatite C.
- ⑯ Dans le cadre de la stratégie globale des finances publiques, l'ONDAM verra par ailleurs son taux d'évolution abaissé à 2 % en moyenne sur la période 2015-2017, soit un effort global d'économies de 10 milliards d'euros sur trois ans. En 2015, les dépenses dans le champ de l'ONDAM seront contenues en évolution de 2,1 % par rapport à l'objectif 2014. Le respect de cet objectif nécessitera un effort inédit d'économies, de 3,2 milliards d'euros, afin de compenser une évolution tendancielle des dépenses de 3,9 %.
- ⑰ Cette trajectoire suppose de poursuivre et d'accentuer l'effort d'économies structurelles sur le champ de l'assurance maladie, mais également de garantir un pilotage renforcé de son exécution, sans diminuer la qualité des soins ni augmenter le reste à charge des assurés et avec l'objectif de préserver l'innovation et l'accès de tous aux soins les plus efficaces.

- ⑱ Le plan d'économies qui structure le déploiement de la stratégie nationale de santé s'articulera autour de quatre axes.
- ⑲ Le premier axe vise le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière, qui passe notamment par des mutualisations qui pourront s'appuyer sur les nouveaux groupements hospitaliers territoriaux et des économies sur les achats hospitaliers, où des marges très importantes demeurent. En cohérence avec ces actions, portées en partie dans le projet de loi relatif à la santé, les outils à disposition des agences régionales de santé en matière de supervision financière des établissements de santé en difficulté seront renforcés.
- ⑳ Le deuxième axe est le virage ambulatoire qui sera opéré dans les établissements hospitaliers. Une accélération de la diffusion de la chirurgie ambulatoire sera naturellement le pivot de cette transformation d'ensemble qui vise à une meilleure articulation entre ville et hôpital. D'autres actions seront menées : développement de l'hospitalisation à domicile, amélioration de la prise en charge en sortie d'établissement et optimisation du parcours pour certaines pathologies ou populations.
- ㉑ Le troisième axe concerne les produits de santé. Au delà des mesures de maîtrise des prix, un accent particulier sera mis sur le développement des médicaments génériques afin de lever les derniers freins à une diffusion plus large, génératrice d'économies importantes.
- ㉒ Le dernier axe vise à améliorer la pertinence du recours à notre système de soins dans toutes ses composantes : réduction des actes inutiles ou redondants, que ce soit en ville ou en établissement de santé, maîtrise du volume de prescription des médicaments et lutte contre la iatrogénie, optimisation des transports de patients... Ces actions seront déclinées dans le programme national de gestion du risque qui est instauré par le projet de loi relatif à la santé.
- ㉓ Ces économies nécessaires pour assurer la pérennité de l'assurance maladie seront néanmoins accompagnées de mesures garantissant l'accès aux soins des populations précaires. Ainsi il est notamment prévu d'étendre le dispositif de tiers payant intégral, déjà pratiqué pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS).

- 24 2. Les trajectoires des régimes d'assurance vieillesse reflètent l'effet des mesures de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites
- 25 L'évolution des dépenses d'assurance vieillesse des régimes de base serait de 2,3 % en moyenne sur la période 2014-2017.
- 26 Cette évolution tient compte de l'effet des réformes adoptées dans le cadre de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 précitée et notamment de l'évolution progressive de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein. Ces mesures visent à faire face, de manière responsable, au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie. Elles s'accompagnent de mesures de solidarité pour les publics les plus fragiles susceptibles de connaître des carrières heurtées, à l'image des mères de famille qui ne seront plus pénalisées par les interruptions occasionnées par leurs congés de maternité.
- 27 En 2015, les dépenses d'assurance vieillesse connaîtront par ailleurs une évolution modérée due au faible niveau d'inflation, la règle de revalorisation des pensions reposant en effet sur l'évolution des prix afin de garantir le pouvoir d'achat des retraités.
- 28 3. La branche Famille contribuera également à l'effort de maîtrise de la dépense publique
- 29 Les dépenses de la branche Famille sont affectées par un changement de périmètre en 2015 correspondant au transfert à la charge de l'État de la part de l'aide personnalisée au logement actuellement financée par la branche Famille. Conjugué aux autres mesures décrites ci-dessous, ce transfert (soit 4,7 milliards d'euros) couvrira les mesures de baisse des cotisations sociales et de la contribution sociale de solidarité des sociétés mises en œuvre au 1^{er} janvier 2015 par la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité.
- 30 Hormis cet effet, les trajectoires de dépenses de la branche présentent un volet d'économies à venir sur les prestations de la branche Famille. Ces dispositions permettront d'infléchir significativement le rythme moyen d'évolution des dépenses : il aurait été de 2 % par an en l'absence des mesures prévues par la présente loi et sera ramené à 1,3 % à la suite des mesures prises et en neutralisant le transfert à l'État du financement de l'aide personnalisée au logement.

- ① L'impact sur les ménages de ces mesures d'économies – rendues nécessaires par l'impératif de redressement de la branche Famille – sera compensé par les mesures prévues dans le cadre de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 précitée, qui a augmenté le pouvoir d'achat des ménages de près de 1,3 milliard d'euros. Cette mesure, qui prend la forme d'une réduction d'impôt de 350 € pour un célibataire et de 700 € par un couple, s'impute automatiquement sur l'impôt sur le revenu dû. Le Gouvernement poursuit en 2015 l'allègement de l'impôt sur le revenu des ménages modestes, en supprimant la première tranche d'imposition. Cette mesure bénéficiera à six millions de ménages supplémentaires, pour un coût d'un peu plus de 3 milliards d'euros.
- ② III. – Dans le cadre de la compensation à la sécurité sociale du pacte de responsabilité et de solidarité, des recettes nouvelles seront affectées à la sécurité sociale, sans impact sur le niveau des prélèvements obligatoires
- ③ Conformément aux engagements pris par le Gouvernement à l'occasion de la discussion de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 précitée, les mesures présentées dans le cadre des lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2015 permettront de compenser intégralement la perte de recettes induite par la mise en œuvre du pacte de responsabilité pour les organismes de sécurité sociale, soit 6,3 milliards d'euros, et d'affecter conformément aux engagements pris à l'occasion des débats sur la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 précitée l'équivalent du produit de la fiscalisation des majorations de pensions.
- ④ Cette compensation intégrale prévue par les lois de finances et de financement de la sécurité sociale se traduit notamment par le transfert, évoqué *supra*, de la totalité des aides personnelles au logement au budget de l'État, ainsi que par une réaffectation de recettes à la sécurité sociale (en particulier l'affectation du prélèvement de solidarité à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés). Cette compensation sera sans impact sur le niveau global des prélèvements obligatoires, le financement des mesures du pacte de responsabilité et de solidarité étant assuré globalement par les efforts de maîtrise des dépenses sur l'ensemble du champ des administrations publiques.
- ⑤ Cette compensation s'appuiera également sur la réforme prévue par le présent projet de loi des modalités de prélèvement des cotisations et contributions sociales dues au titre des indemnités de congés payés lorsque celles-ci sont versées par des caisses de mutualisation de la gestion des congés. Cette mesure participera ainsi, pour l'exercice 2015, au financement du pacte de responsabilité et de solidarité.

③⑥ IV. – Cette stratégie de maîtrise des déficits sociaux s’articule avec le schéma de reprise des déficits de l’ACOSS par la CADES, adopté précédemment

③⑦ Les financements déjà affectés à la CADES permettront en effet de reprendre sur la période l’ensemble des déficits de la Caisse nationale de l’assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et du FSV, mais aussi de transférer à la caisse le déficit 2012 de la branche Famille, le reliquat du déficit 2012 de la branche Maladie et une partie du déficit de cette même branche pour 2013. Ces transferts permettront de maîtriser l’évolution des besoins de trésorerie de l’ACOSS, qui bénéficie néanmoins d’un contexte favorable marqué par le niveau historiquement bas des taux d’intérêt.

③⑧ Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d’euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Maladie								
Recettes.....	148,2	155,0	158,0	161,4	166,7	172,5	179,0	185,1
Dépenses.....	156,8	160,9	164,8	168,8	173,6	178,3	182,7	186,4
Solde.....	-8,6	-5,9	-6,8	-7,3	-6,9	-5,8	-3,7	-1,4
Accidents du travail/maladies professionnelles								
Recettes.....	11,3	11,5	12,0	12,0	12,3	12,7	13,2	13,8
Dépenses.....	11,6	11,7	11,3	11,8	12,1	12,3	12,4	12,6
Solde.....	-0,2	-0,2	0,6	0,2	0,2	0,4	0,8	1,2
Famille								
Recettes.....	52,0	53,8	54,6	56,2	52,4	53,7	55,3	57,1
Dépenses.....	54,6	56,3	57,8	59,1	54,6	55,1	56,2	57,8
Solde.....	-2,6	-2,5	-3,2	-2,9	-2,3	-1,4	-0,9	-0,7
Vieillesse								
Recettes.....	100,5	105,5	111,4	115,1	119,4	124,2	129,0	133,2
Dépenses.....	106,5	110,2	114,6	116,7	120,9	124,7	128,5	133,7
Solde.....	-6,0	-4,8	-3,1	-1,6	-1,5	-0,5	0,4	-0,5
Toutes branches consolidées								
Recettes.....	301,0	314,2	324,0	332,7	338,1	350,2	363,3	375,6
Dépenses.....	318,4	327,5	336,5	344,3	348,6	357,4	366,6	376,9
Solde.....	-17,4	-13,3	-12,5	-11,7	-10,5	-7,2	-3,3	-1,3

39 Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Maladie								
Recettes.....	171,8	178,9	182,2	186,4	191,0	196,2	202,3	208,8
Dépenses.....	180,3	184,8	189,1	193,8	198,0	202,0	206,0	210,2
Solde.....	-8,5	-5,9	-6,9	-7,4	-7,0	-5,8	-3,7	-1,4
Accidents du travail/maladies professionnelles								
Recettes.....	12,8	13,1	13,5	13,5	13,7	14,1	14,7	15,3
Dépenses.....	13,0	13,7	12,8	13,2	13,5	13,6	13,8	14,0
Solde.....	-0,1	-0,6	0,7	0,3	0,3	0,5	0,9	1,3
Famille								
Recettes.....	52,3	54,1	54,9	56,2	52,4	53,7	55,3	57,1
Dépenses.....	54,9	56,6	58,2	59,1	54,6	55,1	56,2	57,8
Solde.....	-2,6	-2,5	-3,3	-2,9	-2,3	-1,4	-0,9	-0,7
Vieillesse								
Recettes.....	194,6	203,4	212,2	218,1	222,7	229,5	236,5	243,4
Dépenses.....	202,5	209,5	215,8	219,9	224,0	229,9	236,5	245,0
Solde.....	-7,9	-6,1	-3,6	-1,7	-1,3	-0,4	0,0	-1,6
Toutes branches consolidées								
Recettes.....	419,6	436,5	449,8	461,2	466,2	479,6	494,5	510,0
Dépenses.....	438,7	451,6	462,9	472,9	476,6	486,8	498,3	512,4
Solde.....	-19,1	-15,1	-13,1	-11,7	-10,3	-7,2	-3,7	-2,4

40 Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Recettes.....	14,1	14,7	16,8	16,9	16,6	16,8	17,3	17,9
Dépenses.....	17,5	18,8	19,7	20,6	19,6	19,8	19,7	19,5
Solde.....	-3,4	-4,1	-2,9	-3,7	-2,9	-3,0	-2,4	-1,6

ANNEXE C

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

①

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

Exercice 2015

②

(En milliards d'euros)

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

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

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

④ Exercice 2015

(En milliards d'euros)

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

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

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

(Non modifié)

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté
par l'Assemblée nationale dans sa séance du 25 novembre 2014.*

Le Président,
Signé : CLAUDE BARTOLONE



ISSN 1240 - 8468