



TEXTE ADOPTE n° 438

« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

1^{er} décembre 2014

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2015.

(Texte définitif)

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

Voir les numéros :

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

Commission mixte paritaire : **2362**.

Nouvelle lecture : **2361, 2384** et T.A. **430**.

Lecture définitive : **2411** et **2414**.

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

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

Nouvelle lecture : **124, 127** et T.A. **28** (2014-2015).

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2013

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2013, sont approuvés :

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	182,2	189,1	-6,9
Vieillesse	212,2	215,8	-3,6
Famille	54,9	58,2	-3,3
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	13,5	12,8	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)...	449,8	462,9	-13,1

 ;

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	158,0	164,8	-6,8
Vieillesse	111,4	114,6	-3,1
Famille	54,6	57,8	-3,2
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,0	11,3	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	324,0	336,5	-12,5

 ;

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,8	19,7	-2,9

 ;

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 173,8 milliards d'euros ;

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

6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, s'élevant à 0,1 milliard d'euros ;

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 12,4 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2013, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2013 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2014

Article 3

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

1° Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} est complété par une section 3 ainsi rédigée :

« Section 3

*« Contribution au titre de médicaments
destinés au traitement de l'hépatite C*

« 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.

« 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.

« *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.

« 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.

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

«

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 %

« 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.

« 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.

« 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.

« *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.

« 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.

« *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.

« 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.

« 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.

« 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.

« *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.

« 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.

« 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.

« *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. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, après la référence : « L. 138-10 », est insérée la référence : « L. 138-19-1, ».

II. – Pour l'année 2014, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 450 millions d'euros.

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 4

Au II de l'article 63 de la loi n° 2013-1203 du 17 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, le nombre : « 138 » est remplacé par le nombre : « 118 ».

Article 5

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

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

(En milliards d'euros)

	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

 ;

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

(En milliards d'euros)

	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

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

(En milliards d'euros)

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

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 ;

5° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, qui sont nulles.

II. – Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites demeurent fixées conformément au III de l'article 24 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

III. – L'article L. 135-3-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « nouvelle section » sont remplacés par les mots : « section distincte » ;

2° Les 1° et 2° du I sont abrogés.

IV. – La dernière ligne du tableau du dernier alinéa de l'article L. 137-16 du même code est supprimée.

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

« 12° Le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient. »

VI. – Les III à V s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2014.

Article 6

Au titre de l'année 2014, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	80,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,5
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,5
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,0
Autres prises en charge	1,7
Total	178,3

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

I. – Le titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – La section 1 du chapitre I^{er} est ainsi modifiée :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Cotisations et contributions sur les revenus de remplacement » ;

2° L'article L. 130-1 est abrogé ;

3° L'article L. 131-1 devient l'article L. 131-1-1 ;

4° Il est rétabli un article L. 131-1 ainsi rédigé :

« *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. » ;

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 ;

6° L'article L. 131-2 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« 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.

« 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. » ;

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 » ;

c) Le dernier alinéa est complété par les mots : « , notamment les taux des cotisations » ;

B. – Le chapitre III *bis* est complété par une section 6 ainsi rédigée :

« Section 6

« Règles d'arrondis

« 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. » ;

C. – 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 » ;

D. – Les trois premières phrases du III de l'article L. 136-5 sont supprimées ;

E. – Après le mot : « personnes », la fin du III de l'article L. 136-8 est ainsi rédigée : « dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts :

« 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 € ;

« 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 €.

« 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. » ;

F. – 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. » ;

G. – 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 » ;

H. – 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 » ;

I. – L'article L. 243-2 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est supprimé ;

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} » ;

J. – Au début de l'article L. 244-1, les mots : « L'employeur ou le travailleur indépendant » sont remplacés par les mots : « Le cotisant » ;

K. – À l'article L. 244-11, les mots : « dues par un employeur ou un travailleur indépendant » sont supprimés ;

L. – Aux premier et dernier alinéas de l'article L. 244-14, les mots : « employeurs ou travailleurs indépendants » sont remplacés par les mots : « cotisants » ;

M. – Le second alinéa de l'article L. 612-9 est supprimé ;

N. – 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, » ;

O. – 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.

II. – Le premier alinéa du 1° *bis* de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Après le mot : « dont », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « le montant des revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts, est supérieur ou égal au seuil mentionné au 2° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. » ;

2° Après le mot : « revenus », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « à l'article L. 136-5 du même code. »

III. – À la première phrase du I de l'article 154 *quinquies* du code général des impôts, les mots : « visés au 1° du II et au III de l'article L. 136-8 du même code et pour ceux visés au 2° du II du même article, à hauteur respectivement de 3,8 points et 4,2 points » sont remplacés par les mots : « mentionnés au II de l'article L. 136-8 du même code, à hauteur de 3,8 points lorsqu'elle est prélevée au taux de 3,8 % ou 6,2 % et à hauteur de 4,2 points lorsqu'elle est prélevée au taux de 6,6 % ».

IV. – À la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « , conformément aux

principes énoncés à l'article L. 136-2 et au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « selon les modalités prévues au deuxième alinéa ».

V. – Après le mot : « prévues », la fin du premier alinéa du III de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi rédigée : « à l'article L. 131-1 du code de la sécurité sociale. »

VI. – Le présent article s'applique aux revenus de remplacement dont le fait générateur intervient à compter du 1^{er} janvier 2015, à l'exception du III, qui s'applique à compter de l'imposition des revenus de l'année 2015.

Article 8

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

1° Le 21° est ainsi rédigé :

« 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.

« 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.

« 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. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

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

« 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°. »

III. – L'article 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est abrogé.

IV. – Le présent article s'applique aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 9

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

1° L'article L. 171-3, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, est ainsi modifié :

a) Après le mot : « affiliées », la fin de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « , dans des conditions fixées par décret, à un seul des régimes de sécurité sociale dont relèvent ces activités. » ;

b) Après le mot : « dans », la fin de la seconde phrase du même alinéa est ainsi rédigée : « ce seul régime. » ;

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

2° Après l'article L. 171-3, il est inséré un article L. 171-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 171-6.* – Des règles de coordination sont instituées, par décret, entre régimes d'assurance maladie et maternité pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle les assujettissant à un régime de sécurité sociale qui :

« 1° Ont relevé, simultanément ou successivement, soit de régimes de travailleurs salariés, soit d'un régime de travailleurs salariés et d'un régime de travailleurs non-salariés, soit de plusieurs régimes de travailleurs non-salariés ;

« 2° Ou sont titulaires de plusieurs pensions servies soit par des régimes de travailleurs salariés, soit par des régimes de travailleurs salariés et non-salariés, soit par des régimes de travailleurs non-salariés. » ;

3° Le second alinéa de l'article L. 613-4, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi rédigé :

« Le droit aux prestations en nature est ouvert dans l'un ou l'autre de ces régimes, selon des modalités définies par décret. » ;

4° Les articles L. 161-6, L. 613-5 et L. 613-6 sont abrogés ;

5° Le deuxième alinéa de l'article L. 613-7, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi rédigé :

« Le droit aux prestations en nature est ouvert dans l'un ou l'autre de ces régimes, selon des modalités définies par décret. » ;

6° L'article L. 613-7-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi modifié :

a) Au début des I et II, sont ajoutés les mots : « Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, » ;

b) Au I, les mots : « , sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, » sont supprimés ;

7° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 161-1-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi rédigée :

« Le cas échéant, les cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet de cette exonération et dues au titre de la période courant à compter de cette date font l'objet d'une régularisation, dans des conditions définies par décret. » ;

8° Au début du III de l'article L. 325-1, les mots : « Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-6, » sont supprimés.

II. – 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 :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Le quatrième alinéa du 9° est supprimé ;

b) Le 12° est abrogé ;

2° Le B du VI est abrogé.

III. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° L'article L. 732-9 est ainsi modifié :

a) Le II est ainsi rédigé :

« II. – Pour les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 722-12, le droit aux prestations en nature est ouvert dans l'un ou l'autre des régimes auxquels elles sont affiliées, selon des modalités définies par décret. » ;

b) Le III est abrogé ;

2° Au début du cinquième alinéa de l'article L. 761-3, les mots : « Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-6 du code de la sécurité sociale, » sont supprimés.

IV. – A. – Le présent article s'applique aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2015.

B. – Par dérogation au A du présent IV, les 6° et 7° du I s'appliquent aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 10

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

« 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 :

« 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° ;

« 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 ;

« 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.

« 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. »

Article 11

Après le *b* du 3° du III du même article L. 241-10, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le bénéfice du présent III ne peut s'appliquer dans les établissements, centres et services mentionnés aux 2° et 3°, au *b* du 5° et aux 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, au titre des prestations financées par les organismes de sécurité sociale en application de l'article L. 314-3 du même code. »

Article 12

Aux 1° et 2° de l'article L. 834-1 du même code, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, après le mot : « taux », sont insérés les mots : « fixé par décret ».

Article 13

I. – Le même code, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 précitée, est ainsi modifié :

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 :

« *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.

« 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. » ;

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 ;

3° La dernière phrase du 1° de l'article L. 241-6 est supprimée.

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

1° Le premier alinéa de l'article L. 741-13 est supprimé ;

2° L'article L. 751-19 est abrogé.

III. – Les cotisations forfaitaires fixées par arrêté ministériel en application des articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que du premier alinéa de l'article L. 741-13 et de l'article L. 751-19 du code rural et de la pêche maritime dans leur rédaction antérieure à la présente loi, demeurent applicables jusqu'à la publication du décret prévu à l'article L. 242-4-4 du code de la sécurité sociale, et à défaut jusqu'au 31 décembre 2015.

Article 14

I. – Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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 ;

2° La section 2 est ainsi rédigée :

« Section 2

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

« 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.

« 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 :

« 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 ;

« 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.

« *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.

« 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.

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

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 %

« 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.

« 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.

« *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.

« 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.

« *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.

« 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.

« 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.

« 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.

« *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.

« 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.

« 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.

« *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. » ;

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

II. – Le I s'applique pour le calcul de la contribution due à compter de l'année 2015.

Le taux L mentionné aux articles L. 138-10 et L. 138-12 du code de la sécurité sociale est fixé à -1 %.

III. – À compter du 1^{er} janvier 2015, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 700 millions d’euros.

IV. – Au 2^o de l’article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, après le mot : « articles », sont insérées les références : « L. 138-13, L. 138-19-4, ».

V. – L’article L. 162-17-5 du même code est ainsi rétabli :

« *Art. L. 162-17-5.* – Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l’une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d’hospitalisation mentionnés à l’article L. 162-22-7, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionné aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 165-7, des produits et prestations concernés.

« Les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser, sous forme de remise à l’assurance maladie, un montant égal à la perte de chiffre d’affaires annuel qui résulterait de l’application de la décision de baisse tarifaire. »

VI. – L’article L. 162-22-7-1 du même code est abrogé. Toutefois, cet article continue de s’appliquer aux spécialités, produits ou prestations pour lesquels le Comité économique des produits de santé a fixé un montant maximal de dépenses.

Article 15

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

A. – L’article 1600-0 O est abrogé ;

B. – L’article 1600-0 Q est ainsi modifié :

1^o Le I est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « des taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P déclarent ces taxes » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée au I de l’article 1600-0 P déclarent cette taxe » ;

– à la seconde phrase, les mots : « chacune des taxes concernées » sont remplacés par les mots : « la taxe concernée » ;

b) Au second alinéa, les mots : « les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « la taxe mentionnée au I de l'article » ;

2° Au début de la première phrase du II, les mots : « Les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P sont constatées, recouvrées et contrôlées » sont remplacés par les mots : « La taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 P est constatée, recouvrée et contrôlée » ;

3° Le III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des taxes mentionnées » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée » et les mots : « les taxes » sont remplacés par les mots : « la taxe » ;

b) Au second alinéa, les mots : « dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O et aux » sont supprimés ;

4° Au IV, les mots : « des taxes mentionnées aux articles 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée à l'article » ;

C. – Au III *bis* de l'article 1647, la référence : « 1600-0 O, » est supprimée.

II. – Le premier alinéa de l'article L. 166 D du livre des procédures fiscales est supprimé.

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 138-9-1 est ainsi rédigé :

« 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. » ;

2° L'article L. 138-20 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, après la référence : « L. 245-5-1 », est insérée la référence : « , L. 245-5-5-1 » ;

b) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les déclarations et versements afférents à ces contributions sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.

« 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. » ;

3° L'article L. 165-5 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) Le dernier alinéa est remplacé par un II ainsi rédigé :

« 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. » ;

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

a) Au 6°, après la référence : « L. 245-5-1 », est insérée la référence : « , L. 245-5-5-1 » ;

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 » ;

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 » ;

6° Après l'article L. 245-5-5, il est inséré un article L. 245-5-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 245-5-5-I. – 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.

« 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.

« 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.

« IV. – Le taux de la contribution est fixé à 0,29 %.

« 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 €.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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. »

IV. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5121-18 du code de la santé publique, les mots : « du code de la sécurité sociale et

de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « et de la contribution prévue à l'article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale ».

V. – A. – Les 1^o, 2^o et 3^o du III du présent article s'appliquent aux déclarations et versements effectués à compter du 1^{er} janvier 2015.

B. – La taxe mentionnée à l'article 1600-0 O du code général des impôts, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeure exigible au titre des ventes des dispositifs mentionnés au II du même article réalisées jusqu'au 31 décembre 2014.

La contribution prévue à l'article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte du présent article, est applicable aux ventes des dispositifs mentionnés au II du même article L. 245-5-5-1 réalisées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 16

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

1^o La section 1 du chapitre I^{er} du titre VII du livre I^{er} est complétée par des articles L. 171-4 et L. 171-5 ainsi rédigés :

« *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.

« *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. » ;

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 ;

3° 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 » ;

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

5° La section 4 du chapitre III du titre IV du livre VI est complétée par un article L. 643-9 ainsi rétabli :

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

6° Le chapitre IV du même titre IV est complété par un article L. 644-4 ainsi rédigé :

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

7° La section 1 du chapitre V du même titre IV est complétée par un article L. 645-6 ainsi rétabli :

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

8° 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 :

« *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. » ;

9° La section 4 du même chapitre III est complétée par un article L. 723-21-1 ainsi rédigé :

« *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. »

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

1° Le titre III est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« CHAPITRE III

« *Recours des caisses contre les tiers payeurs*

« Art. L. 733-1. – Le chapitre VI du titre VII du livre III du code de la sécurité sociale est applicable aux prestations servies en application du chapitre II du présent titre.

« Pour l'application ce même chapitre VI, les caisses de mutualité sociale agricole sont substituées aux caisses d'assurance maladie. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 761-16, après la référence : « L. 454-1, », est insérée la référence : « L. 454-2, » ;

3° La seconde phrase de l'article L. 761-19 est complétée par les références : « ainsi que des articles L. 454-1 et L. 454-2 du même code » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 762-14, les références : « , L. 376-1 à L. 376-3 » sont remplacées par la référence : « et le chapitre VI du titre VII du livre III » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 762-26, après la référence : « chapitre II », est insérée la référence : « et du chapitre III ».

III. – Le présent article est applicable à compter du 1^{er} juillet 2015.

Article 17

I. – Le II *bis* de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II *bis*. – S'ajoute à la contribution prévue au I, indépendamment de l'option exercée par l'employeur mentionnée au même I, une contribution additionnelle de 45 %, à la charge de l'employeur, sur les rentes excédant huit fois le plafond annuel défini à l'article L. 241-3. »

II. – Le I est applicable aux rentes versées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 18

I. – Après le mot : « croissance », la fin du dernier alinéa du I de l'article 1613 *ter* du code général des impôts est ainsi rédigée : « , les produits de nutrition entérale pour les personnes malades et les boissons à base de soja avec au minimum 2,9 % de protéines issues de la graine de soja. »

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

Article 19

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

Article 20

I. – Au *a* du 5° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, après la première occurrence du mot : « plan », sont insérés les mots : « ou en cas de clôture du plan en application du II de l'article L. 312-20 du code monétaire et financier, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence ».

II. – Le I s'applique pour les faits générateurs intervenant à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 21

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 ».

II. – Le quatrième alinéa de l'article L. 651-3 du code de la sécurité sociale est supprimé.

CHAPITRE II

Simplification du recouvrement

Article 22

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

1° L'article 995 est ainsi modifié :

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 » ;

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 » ;

c) Le 13° est abrogé ;

d) Il est ajouté un 18° ainsi rédigé :

« 18° Les contrats d'assurance maladie assujettis à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article 1001, dans sa rédaction résultant de l'article 35 de la loi n° du de finances pour 2015, est ainsi modifié :

a) Les 2° *bis* et 2° *ter* sont abrogés ;

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 » ;

c) Après le 5° *ter*, il est inséré un 5° *quater* ainsi rédigé :

« 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 ;

« 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* ; »

d) Les *a* à *c* sont remplacés par des *a* et *b* ainsi rédigés :

« *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 ;

« 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. »

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

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

1° Le 3° est abrogé ;

2° Le 4° est ainsi rédigé :

« 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 ; »

B. – La section 3 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} est abrogée ;

C. – Au premier alinéa de l'article L. 138-20, la référence : « L. 137-6, » est supprimée ;

D. – Le 5° de l'article L. 241-6 est ainsi rédigé :

« 5° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ; »

E. – À l'article L. 862-3, après le mot : « constituées », sont insérés les mots : « d'une fraction » ;

F. – L'article L. 862-4 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

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 » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée » sont remplacés par les mots : « le montant des sommes stipulées » ;

– est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« 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. » ;

c) Au début de la première phrase du troisième alinéa, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « La taxe » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) À la fin, le taux : « 6,27 % » est remplacé par le taux : « 13,27 % » ;

b) Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« 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.

« 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.

« Lorsque les conditions prévues aux deuxième ou troisième alinéas du présent II ne sont pas respectées, le taux est majoré de 7 points. » ;

3° Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Par dérogation au II, le taux de la taxe est fixé :

« 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 ;

« 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 ;

« 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 ;

« 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.

« 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. » ;

4° Sont ajoutés des IV et V ainsi rédigés :

« 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.

« V. – Les déclarations et versements afférents à cette taxe sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.

« 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. » ;

G. – À l'article L. 862-6, la référence : « et II » est remplacée par les références : « , II et II *bis* » ;

H. – 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 » ;

I. – 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 ».

III. – Le second alinéa du II de l'article 22 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est supprimé.

IV. – Le présent article s'applique aux primes, cotisations ou fractions de primes ou de cotisations pour lesquelles un fait générateur d'imposition intervient à compter du 1^{er} janvier 2016.

Toutefois, les primes ou cotisations d'assurance relatives aux véhicules terrestres à moteur dont le fait générateur d'imposition est intervenu antérieurement au 1^{er} janvier 2016, en application de l'article L. 137-6 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction en vigueur avant la publication de la présente loi, ne sont taxées à la taxe sur les conventions d'assurance qu'au taux prévu au 5° *bis* de l'article 1001 du code général des impôts et à hauteur de 18/33^e du taux prévu au second alinéa du 5° *quater* du même article, dans sa rédaction résultant de la présente loi. Les primes ou cotisations d'assurance maladie complémentaire dont le fait générateur d'imposition est intervenu antérieurement au 1^{er} janvier 2016, en application de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction en vigueur avant la publication de la présente loi, sont taxées aux taux prévus par la présente loi lorsqu'elles n'ont pas été soumises à la taxe sur les conventions d'assurance applicable antérieurement au 1^{er} janvier 2016.

Article 23

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

1° La dernière phrase du III de l'article L. 136-5 est supprimée ;

2° L'article L. 243-1-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-1-3.* – Au titre des périodes de congés de leurs salariés, les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article

L. 3141-30 du code du travail s'acquittent des cotisations et contributions auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code dans les conditions suivantes :

« 1° Pour les cotisations mentionnées à l'article L. 834-1 du présent code et pour les versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales, par le versement libératoire de majorations proportionnelles aux cotisations et contributions correspondantes dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés. Le taux de ces majorations est fixé par décret ;

« 2° Pour les cotisations de sécurité sociale et les contributions mentionnées à l'article L. 136-2 du présent code, à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, par un versement assis sur les montants dus aux caisses mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail pour la couverture des périodes de congés de leurs salariés. Le cas échéant, les versements des cotisations et contributions à la charge des salariés font l'objet d'un ajustement, dans les conditions fixées par décret, sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés. »

II. – A. – Sous réserve du B du présent II, l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale s'applique aux périodes d'acquisition de droits à congés postérieures au 1^{er} avril 2015 pour les cotisations et contributions mentionnées au 2° du même article. Le 1° du I du présent article s'applique à compter du 1^{er} avril 2016.

B. – De manière transitoire, jusqu'à une date fixée par décret pour chaque secteur concerné, et au plus tard le 1^{er} avril 2018, le versement mentionné au 2° de l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, est effectué par les caisses mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail, avant la fin du mois au cours duquel les cotisations leur sont versées. Ce versement est égal au produit d'un taux fixé par décret en fonction des taux de cotisations et contributions en vigueur et du montant d'assiette sur lequel les cotisations versées aux caisses de congés payés sont calculées. Le cas échéant, ce versement fait l'objet d'un ajustement, dans les conditions fixées par décret, sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés.

C. – Un décret fixe les conditions permettant aux entreprises des secteurs qui le souhaitent de bénéficier du dispositif prévu au 2° de l'article

L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, avant la date fixée au B du présent II.

Article 24

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

1° La section 4 du chapitre III du titre IV du livre II est complétée par un article L. 243-13 ainsi rétabli :

« *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.

« Cette période peut être prorogée une fois à la demande expresse de l'employeur contrôlé ou de l'organisme de recouvrement.

« 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 :

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

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

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

« 4° Ou un constat de comptabilité insuffisante ou de documentation inexploitable.

« 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. » ;

2° Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« 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. » ;

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 :

« 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.

« II. – Cette transaction ne peut porter, pour une période limitée à quatre ans, que sur :

« 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 ;

« 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 ;

« 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.

« 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.

« IV. – La transaction conclue est communiquée à l'autorité mentionnée à l'article L. 151-1.

« 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.

« 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.

« V. – 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.

« VI. – 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. » ;

4° L'article L. 652-3 est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, après le mot : « cotisations », il est inséré le mot : « , contributions » ;

b) Le troisième alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 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 :

« 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 ;

« 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 ;

« 3° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif. » ;

c) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le présent article est applicable au recouvrement des indus de prestations sociales, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

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

1° Après l'article L. 724-7, il est inséré un article L. 724-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 724-7-1.* – L'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 724-7 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7 du même code est applicable au régime agricole. » ;

3° La section 3 du chapitre V du titre II du livre VII est complétée par un article L. 725-26 ainsi rédigé :

« *Art. L. 725-26.* – L'article L. 243-6-5 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;

4° L'article L. 725-12 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 725-12.* – L'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. »

III. – A. – Les 1° et 2° des I et II du présent article s'appliquent aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2015.

B. – Le 3° des I et II du présent article s'appliquent aux transactions conclues à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} octobre 2015.

C. – Le 4° des I et II du présent article s'appliquent aux titres exécutoires émis à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 25

L'article 122 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005 est ainsi modifié :

1° À la fin du I, les mots : « d'une aide de l'État, dans la limite de 50 % du montant total des sommes dues » sont remplacés par les mots : « , lorsque leur dette sociale est inférieure à 10 000 €, d'une prise en charge

de tout ou partie de cette dette, dans les conditions prévues à l'article L. 726-3 dudit code » ;

2° Le III est ainsi rédigé :

« III. – Le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole adresse à chaque débiteur dont la dette sociale est supérieure à 10 000 € une proposition de plan de désendettement social. Le plan de désendettement comprend l'annulation des pénalités et des majorations de retard et peut également comprendre, dans des situations exceptionnelles, une prise en charge partielle de la dette sociale, dans les conditions prévues à l'article L. 726-3 du code rural et de la pêche maritime. Ce plan est signé par le débiteur dans le délai de deux mois suivant sa réception. » ;

3° Le IV est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les références : « I et III » sont remplacées par les références : « III et X » ;

b) Le 1° est abrogé ;

c) Le 4° est ainsi modifié :

– au premier alinéa, les mots : « de 50 % » sont supprimés ;

– à la fin du deuxième alinéa, l'année : « 2005 » est remplacée par l'année : « 2014 » ;

– au dernier alinéa, les mots : « de 45 % » sont supprimés ;

d) Au 6°, l'année : « 2004 » est remplacée par l'année : « 2013 » ;

4° À la fin de la première phrase du VII, l'année : « 2005 » est remplacée par l'année : « 2014 » ;

5° Le VIII est ainsi rédigé :

« VIII. – La prise en charge des cotisations salariales par l'action sociale n'est autorisée qu'aux cotisants dont la dette est inférieure à 5 000 € et qui ont strictement respecté l'intégralité de leurs obligations déclaratives en matière de sécurité sociale. »

Article 26

I. – Les employeurs mentionnés au II de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dont l'activité économique est conditionnée au bon fonctionnement de dessertes maritimes et qui ont été affectés par l'interruption prolongée de celles-ci au cours des mois de juin et juillet 2014 sont exonérés, pour les gains et rémunérations versés au titre du troisième trimestre de l'année 2014, du paiement des cotisations au titre des assurances sociales et des allocations familiales, de la cotisation et de la contribution mentionnées à l'article L. 834-1 du même code et de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que d'une part des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles égale à un point.

II. – Le bénéfice de cette exonération et de cette réduction est ouvert aux employeurs mentionnés au I du présent article qui adressent, pour chaque établissement, à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales, en complément à la déclaration prévue à l'article L. 133-5 du code de la sécurité sociale, une attestation de baisse de leur chiffre d'affaires au troisième trimestre de l'année 2014 par rapport à celui du troisième trimestre de l'année 2013. Les entreprises créées postérieurement au troisième trimestre de l'année 2013 justifient leur situation par des moyens équivalents. L'attestation doit être conforme à un modèle fixé par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Le bénéfice de l'exonération et de la réduction est également subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives et de paiement. La condition de paiement est considérée comme satisfaite dès lors que l'employeur, d'une part, a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations à leur date normale d'exigibilité. Il est également subordonné au fait, pour l'entreprise ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail.

Article 27

I. – L'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

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

« Lorsque l’obligation de remboursement des cotisations naît d’une décision rectificative d’une caisse d’assurance retraite et de la santé au travail en matière de taux de cotisation d’accidents du travail et maladies professionnelles, la demande de remboursement des cotisations peut porter sur l’ensemble de la période au titre de laquelle les taux sont rectifiés. » ;

3° Au début du troisième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;

4° À l’avant-dernier alinéa, le mot : « ci-dessus » est remplacé par les mots : « du I du présent article » ;

5° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) Au début, est ajoutée la mention : « III. – » ;

b) Est ajoutée la référence : « du I du présent article ».

II. – Le I s’applique aux recours formés devant la caisse primaire d’assurance maladie ou la caisse d’assurance retraite et de la santé au travail à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 28

Au deuxième alinéa de l’article L. 651-6 du code de la sécurité sociale, la référence : « premier alinéa » est remplacée par la référence : « I ».

Article 29

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

1° L’article L. 723-35 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il statue sur les demandes de remise des pénalités et majorations de retard portant sur des montants supérieurs à un seuil fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l’agriculture. » ;

b) Le 3° et le b sont abrogés ;

2° Après l’article L. 731-13-1, il est inséré un article L. 731-13-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 731-13-2.* – Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 sont tenues d’effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée.

« Les obligations prévues au premier alinéa du présent article s’imposent au delà d’un seuil fixé par décret en fonction du montant des revenus professionnels définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22.

« La méconnaissance de ces obligations entraîne l’application des majorations prévues au II de l’article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale. »

II. – Jusqu’à la publication de l’arrêté mentionné au premier alinéa de l’article L. 723-35 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction résultant du présent article, les conseils d’administration des caisses de mutualité sociale agricole demeurent compétents pour statuer sur l’ensemble des demandes de remise des pénalités et majorations de retard.

Article 30

I. – Au quatrième alinéa du II de l’article 35 de la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l’allègement des démarches administratives, la référence : « L. 212-3, » est supprimée.

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

1° Le I de l’article L. 136-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par l’organisme gestionnaire dudit régime, selon les dispositions mentionnées à l’article L. 241-6-2. » ;

2° Après l’article L. 241-6-1, il est rétabli un article L. 241-6-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 241-6-2.* – Le recouvrement des cotisations d’allocations familiales dues au titre des personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins, ainsi que le contrôle et le contentieux du recouvrement, sont assurés par l’organisme gestionnaire de ce régime.

« Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette mission peut être en tout ou partie déléguée, par convention, à des organismes du régime général de la sécurité sociale. » ;

3° Au 6° de l'article L. 752-4, les mots : « mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 212-3 du présent code qui sont exercées dans les départements d'outre-mer par la Caisse maritime d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « dévolues à l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins » ;

4° La section 2 du chapitre II du titre I^{er} du livre II est abrogée.

III. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° Le *f* de l'article L. 5427-1 est ainsi rédigé :

« *f*) Par l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins lorsqu'elles sont dues au titre des salariés affiliés audit régime. » ;

2° Aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 6331-53, les mots : « la Caisse nationale d'allocations familiales des pêches maritimes » sont remplacés par les mots : « l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins ».

IV. – La Caisse maritime d'allocations familiales est dissoute à la date du 1^{er} janvier 2016.

Les droits et obligations afférents au service des prestations familiales des personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des marins et assurés, avant cette date, par la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés aux caisses d'allocations familiales de leur lieu de résidence.

Les droits et obligations afférents au recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les travailleurs indépendants et assurés, avant cette date, par la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés à l'Établissement national des invalides de la marine.

Les contrats de travail des salariés de la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés à la caisse d'allocations familiales du département de leur lieu d'activité et à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Poitou-Charentes.

Les modalités relatives à ces transferts sont définies par des conventions conclues, en fonction de leur objet, entre le directeur de la Caisse maritime

d'allocations familiales et le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales ou celui de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Ces conventions déterminent également les modalités de transfert, à compter du 1^{er} janvier 2016, des biens meubles et immeubles de la Caisse maritime d'allocations familiales vers les caisses d'allocations familiales des départements et l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Poitou-Charentes.

V. – Les II et III du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

CHAPITRE III

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

Article 31

I. – L'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 225-1-4.* – Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut :

« 1° Consentir, contre rémunération, des prêts et avances d'une durée inférieure à douze mois au régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles ;

« 2° À titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article L.O. 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.

« Pour déterminer les conditions de chacune des avances mentionnées aux 1° et 2°, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »

II. – L'article L. 731-5 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le régime des exploitants agricoles peut recourir à des prêts et avances auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale. »

III. – Pour les exercices 2015, 2016 et 2017, les montants empruntés par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, en application de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale, ne peuvent excéder 3,8 milliards d'euros.

Article 32

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 :

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 » ;

2° L'article 13 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « payeur » est remplacé par les mots : « mentionné à l'article 19 » ;

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 » ;

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 » ;

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)*. » ;

3° L'article 15 est ainsi rédigé :

« 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. » ;

4° 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 » ;

5° L'article 19 est ainsi rédigé :

« Art. 19. – La gestion du régime des prestations familiales institué par la présente ordonnance est assurée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte » ;

6° Le début du II de l'article 22 est ainsi rédigé : « L'organisme mentionné à l'article 19 rembourse... (*le reste sans changement*). »

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 :

1° Après l'article 20-5-6, il est inséré un article 20-5-7 ainsi rédigé :

« 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. » ;

2° L'article 22 est ainsi modifié :

a) Le 2° du II est ainsi rétabli :

« 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 ; »

b) Le 5° du même II est ainsi rétabli :

« 5° D'exercer une action sociale en faveur des ressortissants du régime des prestations familiales et de leurs familles ; »

c) La première phrase du premier alinéa du III est ainsi rédigée :

« 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. » ;

d) Le IV est abrogé ;

e) Au VI, après la référence : « L. 222-1 », est insérée la référence : « , L. 223-1 » ;

3° Au quatrième alinéa du I de l'article 23, après le mot : « mahoraises », sont insérés les mots : « , un représentant des associations familiales » ;

4° L'article 23-2 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« 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”.

« 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. » ;

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 » ;

6° L'article 26 est ainsi rédigé :

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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. »

III. – L'article L. 762-1-2 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2012-789 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation de certaines dispositions du code rural et de la pêche maritime et d'autres dispositions législatives à Mayotte, est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « de celle » sont remplacés par les mots : « du service » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le service des prestations familiales pour les non-salariés des professions agricoles est assuré par l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 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. »

IV. – Le XXIII de l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.

V. – À la dernière phrase du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), après le mot : « professionnelles, », sont insérés les mots : « à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, ».

VI. – 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.

VII. – Les droits, biens et obligations de la caisse d’allocations familiales de La Réunion afférents à la gestion du régime des prestations familiales à Mayotte, ainsi que les contrats de travail des agents concernés, sont transférés à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

VIII. – Le I, les 2° à 6° du II et les VI et VII du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2015. Le 1° du II et le V entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 33

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

A. – L’article L. 131-7 est ainsi modifié :

1° Après le mot : « application », la fin du premier alinéa est supprimée ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 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. » ;

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

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,5 % » est remplacé par le taux : « 18 % » ;

b) À la fin du dernier alinéa, le taux : « 19 % » est remplacé par le taux : « 28,5 % » ;

2° Le 7° est ainsi modifié :

a) À la fin du *a*, le taux : « 60 % » est remplacé par le taux : « 57,53 % » ;

b) Au *e*, le taux : « 7,48 % » est remplacé par le taux : « 7,99 % » ;

c) Après le *h*, il est inséré un *i* ainsi rédigé :

« *i*) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 %. » ;

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 » ;

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 :

1° À la fin du 1°, le taux : « 22 % » est remplacé par le taux : « 13,3 % » ;

2° À la fin du 2°, le taux : « 33 % » est remplacé par le taux : « 41,7 % ».

II. – L'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° Une part, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation sur les tabacs. La répartition de cette part entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget. »

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.

Article 34

I. – Le III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, le mot : « ci-dessus » est remplacé par les mots : « , à l'exception du *e* bis du I, » ;

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

« La contribution portant sur les revenus mentionnés au *e* bis du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit annuel

de cette contribution est versé aux organismes affectataires pour le montant effectivement recouvré, sans qu'il soit fait application du prélèvement prévu au B du I de l'article 1641 du code général des impôts. »

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

Article 35

Est approuvé le montant de 3,7 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

TITRE II

CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE

Article 36

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 :

(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 37

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 :

(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 38

I. – Pour l'année 2015, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	16,6	19,6	-2,9

II. – Pour l'année 2015, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 13,1 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2015, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

IV. – Pour l'année 2015, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes.....	0
Total	0

Article 39

I. – Sont habilités en 2015 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

(En millions d'euros)

	Montants limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	36 300
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	3 700
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales....	600
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines....	1 050
Caisse nationale des industries électriques et gazières.....	200
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français.....	400
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	15

II. – Le montant maximal des ressources non permanentes fixé au I du présent article pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être majoré par décret, dans la limite du montant fixé pour la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole au même I, compte tenu des dispositions de la convention mentionnée à l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale liant ces deux organismes.

Article 40

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 41

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

1° À l'intitulé de la section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er}, les mots : « et cartes de santé » sont remplacés par les mots : « et tiers payant » ;

2° La même section 4 est complétée par un article L. 161-36-2 ainsi rétabli :

« *Art. L. 161-36-2.* – Les organismes d'assurance maladie sont habilités, dans le cadre du tiers payant, à verser au professionnel ou à l'établissement de santé la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que, le cas échéant, lorsqu'ils ont reçu délégation de gestion, celle prise en charge par l'organisme servant les prestations d'assurance complémentaire de santé de l'assuré. » ;

3° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-16-7, après la référence : « L. 861-1 », sont insérés les mots : « et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du présent code » ;

4° Le chapitre III du titre VI du livre VIII est complété par un article L. 863-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 863-7-1.* – Les bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que sur la part des dépenses couverte par leur contrat d'assurance complémentaire de santé sélectionné en application de l'article L. 863-6, pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé. Ce tiers payant est mis en œuvre pour la délivrance de médicaments, dans le respect des conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, il n'est pas mis en œuvre lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3.

« Un décret détermine les modalités du tiers payant permettant aux professionnels et aux établissements de santé qui le souhaitent d'avoir un interlocuteur unique. Il précise notamment, à cet effet, la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes d'assurance complémentaire de santé et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. » ;

5° Le dernier alinéa de l'article L. 861-3 est ainsi rédigé :

« Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure. »

II. – Le 4° du I du présent article entre en vigueur à la date fixée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

À compter de cette même date et jusqu'au 31 décembre 2015, par dérogation à l'article L. 863-7-1 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte de la présente loi, le tiers payant prévu à ce même article s'applique,

s'agissant de la part des dépenses prise en charge par l'assurance complémentaire de santé, à hauteur des niveaux minimaux de prise en charge des dépenses fixés par le décret mentionné à l'article L. 863-6 du même code, dans sa rédaction résultant du I de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 précitée.

Article 42

I. – Le premier alinéa de l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « ainsi que » sont remplacés par le signe : « , » ;

2° Sont ajoutés les mots : « ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au second alinéa de l'article L. 863-3 ».

II. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} juillet 2015.

Article 43

Après le 21° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 22° ainsi rédigé :

« 22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1. »

Article 44

Le même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-36 est abrogé ;

2° Après l'article L. 162-16-1-1, il est inséré un article L. 162-16-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-1-2.* – Les médecins mentionnés à l'article L. 4211-3 du code de la santé publique peuvent facturer certains des honoraires mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1.

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

Article 45

I. – Le même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 331-6 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse tout travail salarié pendant cette durée et sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 313-1. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « ne perçoit pas l'indemnité, le bénéficiaire de celle-ci » sont remplacés par les mots : « ne demande pas à bénéficier de l'indemnité, le droit à indemnisation » et, après les mots : « au conjoint », le mot : « salarié » est supprimé ;

2° La sous-section 2 de la section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre VI est complétée par un article L. 613-19-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 613-19-3.* – En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 613-8. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité journalière prévue aux articles L. 613-19 et L. 613-19-1, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle pendant cette durée, et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue aux mêmes articles lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.

« Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit, dans des conditions fixées par décret.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. » ;

3° Après l'article L. 722-8-3, il est inséré un article L. 722-8-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 722-8-4.* – En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle pendant cette durée et sans qu'il soit fait application du dernier alinéa de l'article L. 722-6. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité prévue aux articles L. 722-8 et L. 722-8-1, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période, et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue aux mêmes articles lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.

« Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit, dans des conditions fixées par décret.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. »

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

1° À l'article L. 732-11, la référence : « et L. 732-10-1 » est remplacée par les références : « , L. 732-10-1 et L. 732-12-2 » ;

2° Après l'article L. 732-12-1, il est inséré un article L. 732-12-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-12-2.* – En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père, lorsqu'il appartient à l'une des catégories mentionnées aux 1° et 2°, au *a* du 4° et au 5° de l'article

L. 722-10, bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 732-15. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'allocation prévue à l'article L. 732-10, sous réserve qu'il cesse toute activité sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole.

« Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit, dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 331-5 du code de la sécurité sociale.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, sous réserve qu'il appartienne aux catégories mentionnées au premier alinéa du présent article. »

III. – Le 5° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État est ainsi modifié :

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

« 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.

« En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.

« Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

« Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de

celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;

2° À la première phrase du dernier alinéa, les références : « aux deux alinéas précédents » sont remplacées par la référence : « au présent 5° ».

IV. – Le 5° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale est ainsi modifié :

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

« 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.

« En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.

« Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

« Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;

2° À la première phrase du dernier alinéa, les références : « aux deux alinéas précédents » sont remplacées par la référence : « au présent 5° ».

V. – Le 5° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :

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

« 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.

« En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.

« Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

« Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;

2° À la première phrase du dernier alinéa, les références : « aux deux alinéas précédents » sont remplacées par la référence : « au présent 5° ».

VI. – L'article L. 1225-28 du code du travail est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation définie au premier alinéa de l'article L. 331-6 du code de la sécurité sociale, le père peut suspendre son contrat de travail pendant une période au plus égale à la durée d'indemnisation restant à courir, définie au même premier alinéa, le cas échéant reportée en application du deuxième alinéa du même article. » ;

2° Le troisième alinéa est supprimé ;

3° Au dernier alinéa, après le mot : « personne », il est inséré le mot : « salariée ».

VII. – Le présent article est applicable aux périodes de congés ou de cessation d'activité en cours au 1^{er} janvier 2015.

Article 46

I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « et les différentes participations mentionnées à l'article L. 322-2 sont prises en charge, » sont remplacés par les mots : « et pour la participation mentionnée au I de l'article L. 322-2 ainsi que pour le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 qui sont pris en charge ».

II. – L'article L. 381-30-5 du même code est ainsi modifié :

1° Au début du I, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« I. – Les caisses d'assurance maladie assurent le paiement, d'une part, de l'intégralité des frais de soins dispensés aux personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30, pour la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie ainsi que pour la part correspondant à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 322-2, dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations, et, d'autre part, du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4. » ;

2° Le premier alinéa du II est ainsi modifié :

a) Les mots : « aux différentes participations de l'assuré mentionnées à » sont remplacés par les mots : « à la participation de l'assuré mentionnée au I de » ;

b) Sont ajoutés les mots : « et rembourse la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au titre des paiements effectués par les caisses d'assurance maladie en application du premier alinéa du I du présent article » ;

3° Les deuxième et troisième alinéas du II sont supprimés.

III. – Le I et le a du 2° du II du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2015. Le 1°, le b du 2° et le 3° du II entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

CHAPITRE II

Promotion de la prévention

Article 47

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

1° Au sixième alinéa de l'article L. 1432-2, les références : « , L. 3112-2 et L. 3121-1 » sont remplacées par la référence : « et L. 3112-2 » ;

2° Le second alinéa de l'article L. 3121-1 est supprimé ;

3° L'article L. 3121-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3121-2.* – I. – Dans chacun des territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-16, le directeur général de l'agence régionale de santé habilite au moins un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic qui assure, dans ses locaux ou hors les murs, notamment auprès des populations les plus concernées :

« 1° La prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;

« 2° La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;

« 3° La prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.

« Le centre peut mener ces activités, dans ou hors les murs, en coordination avec les autres organismes, notamment les associations, œuvrant sur le territoire de santé avec lesquels il conclut des conventions de partenariat.

« II. – Le centre assure une prise en charge anonyme ou non, selon le choix exprimé par l'usager au moment de son accueil. En cas de nécessité thérapeutique ou à la demande de l'usager, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat initialement choisi par l'usager, avec le consentement exprès, libre et éclairé de ce dernier.

« Les activités de vaccination et de prescription de contraception exercées par le centre ne font pas l'objet d'une prise en charge anonyme.

« III. – La gestion d'un centre peut être confiée à une collectivité territoriale, dans le cadre d'une convention conclue avec le directeur général de l'agence régionale de santé.

« IV. – Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au I du présent article sont prises en charge par le fonds d'intervention régional sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

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

4° L'article L. 3121-2-1 est abrogé ;

5° L'article L. 3821-10 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3821-10.* – I. – Le titre II du livre I^{er} de la présente partie, à l'exception de l'article L. 3121-5, est applicable aux îles Wallis et Futuna.

« II. – Pour l'application de l'article L. 3121-2 :

« 1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

« "I. – L'agence de santé de Wallis-et-Futuna peut comporter un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic qui assure ." ;

« 2° Les III et IV sont remplacés par un III ainsi rédigé :

« "III. – Un décret fixe les modalités d'application du présent article." »

II. – L'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-16.* – Les dépenses des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic prévus à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique s'imputent sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du même code et sont financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.

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

III. – Les établissements de santé et les organismes qui sont, à la date de la promulgation de la présente loi, désignés comme consultation de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine

ou habilités en tant que centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles ou qui relèvent d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article L. 3121-1 du code de la santé publique peuvent demander, jusqu'au 30 avril 2015, leur habilitation en tant que centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic en application de l'article L. 3121-2 du même code.

L'agence régionale de santé dispose d'un délai de quatre mois pour statuer sur la demande d'habilitation. L'absence de réponse dans ce délai vaut rejet implicite de la demande. L'habilitation à fonctionner en tant que centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic prend effet au 1^{er} janvier 2016.

Jusqu'au 31 décembre 2015, les établissements et organismes mentionnés au premier alinéa du présent III, qu'ils aient ou non obtenu l'habilitation mentionnée au deuxième alinéa, poursuivent leurs activités sous couvert des désignations, habilitations et conventions délivrées en application des dispositions législatives et réglementaires applicables avant la date de publication de la présente loi.

À titre dérogatoire, une habilitation provisoire de deux ans peut être délivrée aux établissements et organismes qui ne sont pas en mesure, au jour de la prise d'effet de l'habilitation, d'effectuer l'ensemble des activités de centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic, à la condition qu'ils s'engagent à mettre en œuvre les conditions nécessaires à l'exercice de l'ensemble des activités dans ce délai de deux ans. À l'expiration du délai, l'habilitation prend fin et ne peut être renouvelée au centre qui n'exerce pas l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique.

IV. – Pour l'année 2015, les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 3121-2-1 du code de la santé publique sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale.

V. – Les III et IV du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2015. Les I et II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 48

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} octobre 2015, un rapport sur l'évaluation du dispositif mis en place dans le cadre des articles

L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale permettant l'accès à la délivrance de contraception aux mineures d'au moins quinze ans de manière anonyme et gratuite.

Article 49

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 :

1° L'article L. 3111-11 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« 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.

« La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du même code.

« 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. » ;

2° L'article L. 3112-3 est ainsi modifié :

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 » ;

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du même code.

« 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. »

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 entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

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 50

I. – Le chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1114-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1114-5.* – Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu à l'article L. 1114-1 au niveau national, qui regroupent notamment des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu au même article au niveau national, peuvent principalement bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Les actions des associations d'usagers du système de santé ayant reçu l'agrément prévu audit article au niveau national et l'École des hautes études en santé publique mentionnée à l'article 86 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique peuvent également bénéficier de financements de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixent chaque année, par arrêté, la liste des bénéficiaires et les montants qui leur sont alloués au titre du présent article. »

II. – Après le 10° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de

financement de la sécurité sociale pour 2014, il est inséré un 11° ainsi rédigé :

« 11° De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique. »

CHAPITRE III

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

Article 51

I. – La section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La sous-section 3 est complétée par un article L. 162-22-20 ainsi rédigé :

« *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.

« 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. » ;

2° La sous-section 4 est complétée par un article L. 162-30-3 ainsi rédigé :

« *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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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. »

II. – L'article L. 162-22-20 du code de la sécurité sociale entre en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Jusqu'au 31 décembre 2015, seuls les établissements de santé volontaires, dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont éligibles à un financement complémentaire portant sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par le biais de la dotation définie à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Article 52

I. – Après l'article L. 6111-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6111-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-3-1. – I. – Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l’offre de soins de premier recours dans les territoires qu’ils desservent. Ils permettent aux patients qui s’adressent à eux d’accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu’ils développent, et assurent, en cas de nécessité, l’orientation des patients vers des structures dispensant des soins de second recours.*

« II. – Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine. Ils n’exercent pas d’activité de chirurgie ou d’obstétrique.

« Le volume de leur activité de médecine n’excède pas un seuil défini dans des conditions fixées par décret en Conseil d’État.

« III. – Pour chaque région, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l’agence régionale de santé, la liste des hôpitaux de proximité au regard des besoins de la population et de l’offre de soins dans la région.

« IV. – Un décret en Conseil d’État précise les conditions d’application du présent article, notamment les modalités de révision de la liste mentionnée au III. »

II. – Après l’article L. 162-22-8-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-8-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-8-2. – Par dérogation à l’article L. 162-22-6 du présent code, les activités de médecine exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l’article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d’un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l’article L. 162-22-10 du présent code et d’une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d’État. »*

III. – Pour l’année 2015, et par dérogation à l’article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale, la part des frais d’hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d’assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine exercées par les établissements de santé relevant, avant la publication de loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, des règles applicables aux hôpitaux locaux au sens de l’article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la

publication de la même loi, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale et comprise dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du même code. Le montant de cette dotation est modulé en fonction de l'activité de médecine de l'établissement, mesurée par les données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.

Article 53

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique de dispositifs améliorant le parcours du patient et optimisant les prises en charge hospitalières sur la base d'un appel à projets national.

À cet effet, l'État peut autoriser, par dérogation à l'article L. 6111-1 du même code, les établissements de santé à proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation.

L'établissement de santé peut déléguer la prestation à un tiers par voie de convention.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les conditions d'accès et les critères d'éligibilité des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les caractéristiques de l'appel à projets national, les conditions de choix et de conventionnement des tiers pour la réalisation de la prestation d'hébergement, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

Le contenu de chaque projet est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national et après avis des agences régionales de santé concernées.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Article 54

I. – Après l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-4-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1435-4-3. – I. –* Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire en application duquel il perçoit une rémunération forfaitaire lorsqu'il interrompt son activité médicale pour cause de maternité ou de paternité sans bénéficier de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du même code.

« Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage pendant une durée fixée par le contrat, qui ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois :

« 1° À respecter les tarifs opposables ou, lorsqu'il est autorisé à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à limiter ses dépassements d'honoraires ;

« 2° À exercer une activité médicale libérale dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée, pour la spécialité qu'il exerce, par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

« 3° À se faire remplacer pendant toute la période de cessation de son activité en cas d'interruption pour cause de maternité ou de paternité ;

« 4° À ne pas être lié par un contrat de praticien territorial de médecine générale mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code.

« II. – Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé et des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins et la permanence des soins.

« III. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les règles limitant les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels. »

II. – Un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire ne peut être conclu que par un médecin dont l'installation en cabinet libéral

dans une zone mentionnée au 2° du I de l'article L. 1435-4-3 du code de la santé publique est postérieure au 31 décembre 2014.

Article 55

Après l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-4-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1435-4-4.* – I. – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et spécialisé en médecine générale, un contrat en application duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de médecin généraliste. La durée du contrat, qui est fixée par ce dernier, ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois.

« Le médecin bénéficie de cette rémunération s'il satisfait à l'ensemble des conditions suivantes :

« 1° Exercer dans un territoire isolé ;

« 2° Avoir une activité marquée par une forte saisonnalité ;

« 3° Avoir un revenu tiré de son activité régie par les mêmes articles L. 162-5 et L. 162-14-1 inférieur à un seuil fixé par rapport au revenu moyen pour la même spécialité ;

« 4° Respecter les tarifs opposables ;

« 5° Ne pas bénéficier du dispositif mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code.

« II. – Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur des actions de prévention, des actions destinées à favoriser l'accès aux soins, la continuité de la coordination des soins ou la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins et de formation en faveur d'étudiants ou d'internes en médecine comme de professionnels non médicaux.

« III. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les critères caractérisant le territoire isolé, liés à sa situation géographique et à la densité de population des zones dans lesquelles exercent les médecins qui y sont installés, les modalités de cumul

avec les mesures prévues au 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, ainsi que le seuil de revenu mentionné au 3° du I du présent article. »

Article 56

I. – Le chapitre II du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au neuvième alinéa du I de l'article L. 1432-3, les mots : « le budget » sont remplacés par les mots : « le budget et le budget annexe » et les mots : « le rejeter » sont remplacés par les mots : « les rejeter » ;

2° L'article L. 1432-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un budget annexe, soumis aux règles prévues au premier alinéa du présent article, est établi pour la gestion des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 qui sont délégués à l'agence. » ;

3° Après le 5° de l'article L. 1432-6, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Des crédits délégués par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8. »

II. – La section 5 du chapitre V du même titre III est ainsi modifiée :

1° Les neuf premiers alinéas de l'article L. 1435-8 sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :

« Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :

« 1° À la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;

« 2° À l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;

« 3° À la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;

« 4° À l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;

« 5° Au développement de la démocratie sanitaire. » ;

2° Au *a* de l'article L. 1435-9, après le mot : « maladies », sont insérés les mots : « , des traumatismes » ;

3° Les trois derniers alinéas de l'article L. 1435-10 sont ainsi rédigés :

« Les crédits du fonds, délégués aux agences régionales de santé, sont gérés dans le cadre du budget annexe mentionné à l'article L. 1432-5. Le paiement des dépenses des budgets annexes des agences régionales de santé peut être confié, par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, à un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire de l'assurance maladie lorsque les sommes sont directement versées aux professionnels de santé.

« Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant, dans la limite d'un plafond. Les crédits non consommés qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant en raison de ce plafonnement peuvent être reversés à l'État, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans des conditions et limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

« En vue d'assurer un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, le ministre chargé de la santé est informé de l'exécution des budgets annexes, dans des conditions fixées par décret. Un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale. »

III. – Le I et les 2° et 3° du II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 57

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

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

a) À l'avant-dernière phrase, après les mots : « l'évaluation », sont insérés les mots : « des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 et » ;

b) À la dernière phrase, après les mots : « en raison notamment », sont insérés les mots : « de l'amélioration du service attendu de l'acte, » ;

2° L'article L. 162-1-7-1 est ainsi modifié :

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

« L'Union nationale des caisses de l'assurance maladie fait connaître aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'union de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7, les motifs de l'absence de décision d'inscription :

« 1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste prévue au même article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ;

« 2° Des actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;

« 3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé, ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie.

« L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° du présent article fait l'objet d'une évaluation médico-économique réalisée par la Haute Autorité de santé.

« Les actes mentionnés au 3° demeurent pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans le délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à

compter du dépôt de cette demande, jusqu'à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. » ;

b) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte » sont remplacés par les mots : « l'amélioration du service attendu de l'acte et les conditions de réalisation de l'évaluation médico-économique par la Haute Autorité de santé » ;

3° L'article L. 162-1-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé deux alinéas ainsi rédigés :

« En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article et de l'évaluation mentionnée au deuxième alinéa du présent article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte dont le service attendu est suffisant, lorsqu'il appartient à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1° à 3° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article .

« L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° dudit article est évalué par la Haute Autorité de santé. » ;

b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 162-1-7-1, l'acte reste pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai maximal de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte » sont remplacés par les mots : « des critères mentionnés aux 1° à 3° du même article L. 162-1-7-1 » ;

4° L'article L. 165-1-1 est ainsi modifié :

a) La première phrase est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

« Tout produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ou acte innovant susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique. Cette prise en charge relève de l'assurance maladie. Le caractère innovant est notamment apprécié par son degré de nouveauté, son niveau de diffusion et de caractérisation des risques pour le patient et sa capacité potentielle à répondre significativement à un besoin médical pertinent ou à réduire significativement les dépenses de santé. » ;

b) La troisième phrase est ainsi modifiée :

– après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « , des centres de santé et maisons de santé » ;

– à la fin, les mots : « aux établissements de santé » sont supprimés ;

c) L'avant-dernière phrase est ainsi modifiée :

– les mots : « et des frais d'hospitalisation associés » sont supprimés ;

– après la seconde occurrence du mot : « charge », la fin de cette phrase est ainsi rédigée : « des frais d'hospitalisation, du produit de santé ou de la prestation associés. » ;

d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les critères d'éligibilité et la procédure d'accès ainsi que les modalités de la prise en charge forfaitaire prévue au présent article sont fixés par décret en Conseil d'État. »

CHAPITRE IV

Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

Article 58

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

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

« 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.

« La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :

« 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 ;

« 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 ;

« 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 ;

« 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.

« 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.

« 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. » ;

2° La sous-section 4 de la section 5 est complétée par un article L. 162-30-4 ainsi rédigé :

« *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.

« 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.

« 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.

« 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.

« Ce contrat comporte des objectifs qualitatifs d'amélioration de la pertinence des soins.

« 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 :

« 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 ;

« 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.

« 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.

« 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.

« 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 59

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} juillet 2015, un rapport portant sur la diffusion des actions relatives à la pertinence des soins au sein des équipes médicales hospitalières. Il évalue notamment les moyens consacrés à la diffusion des bonnes pratiques, tant en termes de

formation continue que de demi-journées rémunérées au titre d'activités d'intérêt général.

Ce rapport évalue également la faisabilité de l'extension aux actions de pertinence des soins de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle mentionnée à l'article L. 4135-1 du code de la santé publique.

Article 60

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

1° Après le premier alinéa de l'article L. 165-1, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa des produits répondant pour tout ou partie à des descriptions génériques particulières peut être subordonnée au dépôt auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par les fabricants, leurs mandataires ou distributeurs, d'une déclaration de conformité aux spécifications techniques des descriptions génériques concernées. L'inscription de ces produits sur la liste prend la forme d'une description générique renforcée permettant leur identification individuelle. La déclaration de conformité est établie par un organisme compétent désigné à cet effet par l'agence précitée.

« La liste des descriptions génériques renforcées mentionnées au deuxième alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon une procédure et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État, compte tenu de l'intérêt pour la santé publique que présentent les produits relevant de ces descriptions ou de leur incidence sur les dépenses de l'assurance maladie. » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 165-2 et au second alinéa du I de l'article L. 165-3, après les mots : « par description générique », sont insérés les mots : « ou par description générique renforcée ».

II. – Le présent article s'applique aux produits qui répondent aux descriptions génériques particulières prévues à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de son entrée en vigueur et qui font l'objet, à compter de cette date, d'une inscription sur la liste prévue au même article L. 165-1. Il s'applique également, à compter de la même date et dans des conditions prévues par le décret en Conseil d'État mentionné au troisième alinéa dudit article, aux

produits qui répondent aux descriptions génériques particulières précitées et qui sont inscrits sur ladite liste.

Article 61

Le second alinéa du *b* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Pour l'application du présent *b*, peuvent être inscrits au répertoire des spécialités génériques les médicaments à base de plantes définis au 16° du présent article, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article L. 5121-14-1, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance active végétale, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente. Les médicaments à base de plantes sont considérés comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active végétale :

« – est conforme à la description des monographies communautaires élaborées par l'Agence européenne des médicaments, définies par la directive 2001/83/CE du Parlement et du Conseil, du 6 novembre 2001, instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ;

« – et n'est pas susceptible d'entraîner des différences significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables.

« Pour l'application du présent *b*, peuvent être inscrites au répertoire des spécialités génériques les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence. Les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales sont considérées comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active minérale répond aux spécifications des monographies de la pharmacopée, lorsqu'elles existent, et qu'elle n'est pas susceptible d'entraîner des différences significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables ; ».

Article 62

I. – Le même code est ainsi modifié :

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 » ;

2° Après l'article L. 5125-23-3, il est inséré un article L. 5125-23-4 ainsi rédigé :

« *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 :

« 1° Le médicament administré par voie inhalée délivré appartient au même groupe générique, défini au *b* du 5° de l'article L. 5121-1 ;

« 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 ;

« 3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution ;

« 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.

« 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.

« 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.

« 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. »

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 63

I. – L'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« *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.

« 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.

« La liste des prestations d'hospitalisation concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Le montant de la minoration ne peut en aucun cas être facturé aux patients. »

II. – Le présent article s'applique à compter du 1^{er} mars 2015.

Article 64

L'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

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

« II. – L'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel de prescription, par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6, des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et appartenant au répertoire des groupes génériques mentionné au *b* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. Ce taux est arrêté sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, sur la base de l'analyse de l'évolution nationale annuelle du nombre d'unités de

conditionnement de ces médicaments rapporté au nombre d'unités de conditionnement des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. » ;

3° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) Au début, est ajoutée la mention : « III. - » ;

b) Après le mot : « patientèle », sont insérés les mots : « ou que le taux de prescription des médicaments mentionnés au II du présent article affiche une valeur inférieure au taux prévisionnel mentionné au même II, non justifiée au regard de l'activité ou de la patientèle de l'établissement » ;

4° Le troisième alinéa est complété par les mots : « , en fonction du ou des manquements constatés aux objectifs respectivement définis au I et au II » ;

5° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Un objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 et appartenant au répertoire des groupes génériques, résultant des prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement, corrélé à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux prévisionnel mentionné au II du présent article ; »

6° Au début du 2°, sont ajoutés les mots : « Et, dans tous les cas, » ;

7° Au début du sixième alinéa, est ajoutée la mention : « IV. - » ;

8° Après le septième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas atteint son objectif mentionné au 1° *bis* du III du présent article, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses correspondant à l'écart entre le taux réalisé de prescription, par les médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement, de médicaments mentionnés au II et l'objectif de progression du volume de prescription desdits médicaments prévu au contrat.

« Le cas échéant, les montants des versements définis aux deuxième et troisième alinéas du présent IV peuvent se cumuler, dans la limite définie au premier alinéa. » ;

9° À l'avant-dernier alinéa, après le mot : « objectif », sont insérés les mots : « de réduction du taux d'évolution des dépenses mentionnées au I ou par rapport à l'objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au II ».

Article 65

I. – L'article L. 322-5 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État. »

II. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14-2 du même code, le mot : « second » est remplacé par le mot : « deuxième ».

CHAPITRE V

Paiement des produits de santé à leur juste prix

Article 66

L'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est précédé de la mention : « I. – » ;

2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, au prix de cession fixé en application du deuxième alinéa du I minoré de la marge mentionnée au

premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée. »

Article 67

I. – Le titre VI du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :

A. – Le I de l'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi modifiée :

– les mots : « égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au » sont remplacés par les mots : « fixé par convention entre l'entreprise et le » ;

– sont ajoutés les mots : « au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public » ;

b) La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« À défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés à la première phrase du présent alinéa, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivant le terme de ces mêmes délais. » ;

c) À la troisième phrase, les mots : « à la décision du » sont remplacés par les mots : « au tarif publié par le » et le mot : « décision » est remplacé par le mot : « publication » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « à cet effet » sont supprimés ;

b) Les mots : « la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, » sont remplacés par le mot : « notamment » ;

c) Les mots : « prix de vente déclarés » sont remplacés par le mot : « tarifs » ;

B. – À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, après le mot : « fixe », sont insérés les mots : « , sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, » ;

C. – L'article L. 165-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La publication du tarif des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public. »

II. – Le présent article s'applique à la prise en charge, au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, des spécialités pharmaceutiques ou produits et prestations pour lesquels le dernier avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ou de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale a été rendu public postérieurement au 1^{er} janvier 2015. La prise en charge, au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du même code, des spécialités pharmaceutiques ou produits et prestations pour lesquels les avis mentionnés à la première phrase du présent II ont été rendus publics avant le 1^{er} janvier 2015 demeure régie par les dispositions législatives dans leur rédaction en vigueur avant cette date.

CHAPITRE VI

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

Article 68

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 162-22-2, il est inséré un article L. 162-22-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-2-1.* – I. – Lors de la détermination annuelle de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, une part de son montant peut être affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation mise en réserve, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Cette part peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.

« 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.

« La part de la dotation ainsi versée peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.

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

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 » ;

3° Le II de l'article L. 162-22-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 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. » ;

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 69

I. – L'article L. 254-2 du code de l'action sociale et des familles est complété par les mots : « du présent code, dans le délai mentionné à l'article L. 253-3 ».

II. – Les articles L. 162-22-11 et L. 162-22-11-1 du code de la sécurité sociale sont ainsi modifiés :

1° Après les mots : « l'État », sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;

2° La référence : « de l'article L. 251-1 » est remplacée par les références : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 » ;

III. – La dernière phrase du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est ainsi modifiée :

1° Après les mots : « l'État », sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;

2° La référence : « de l'article L. 251-1 » est remplacée par les références : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 ».

IV. – Le présent article s'applique aux prestations réalisées à compter du 1^{er} janvier 2015. Pour les prestations réalisées antérieurement à cette date, le délai dans lequel les demandes en paiement doivent être présentées sous peine de forclusion continue de courir jusqu'au terme prévu en application de l'article 2224 du code civil, sans pouvoir excéder le 31 décembre 2016.

CHAPITRE VII

Autres mesures

Article 70

I. – La section 1 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 1142-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1142-3-1.* – I. – Le dispositif de réparation des préjudices subis par les patients au titre de la solidarité nationale mentionné au II de l'article L. 1142-1 et aux articles L. 1142-1-1 et L. 1142-15 n'est pas applicable aux demandes d'indemnisation de dommages imputables à des actes dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi.

« II. – Toutefois, le recours aux commissions mentionnées à l'article L. 1142-5 exerçant dans le cadre de leur mission de conciliation reste

ouvert aux patients ayant subi des dommages résultant des actes mentionnés au I du présent article. »

II. – Le présent article s’applique aux demandes d’indemnisation postérieures au 31 décembre 2014.

Article 71

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L’article L. 1221-8 est ainsi modifié :

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, » ;

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

« 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 ; »

c) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Des médicaments issus du fractionnement du plasma régis par le même livre I^{er} ; »

2° Le premier alinéa de l’article L. 1221-9 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les tarifs :

« 1° De cession des produits sanguins labiles, à l’exception des plasmas à finalité transfusionnelle ;

« 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. » ;

3° L’article L. 1221-10 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est précédé de la mention : « I. – » ;

b) Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« 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. » ;

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 » ;

5° L'article L. 1221-13 est ainsi modifié :

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 » ;

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 » ;

6° L'article L. 1222-8 est ainsi modifié :

a) Au 1°, les mots : « de la cession des » sont remplacés par les mots : « des activités liées aux » ;

b) Après le même 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Les produits des activités liées au plasma mentionné au 2° *bis* de l'article L. 1221-8 ; »

7° Après la première phrase du second alinéa de l'article L. 1223-1, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« 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. » ;

8° L'article L. 5121-1 est complété par un 18° ainsi rédigé :

« 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 :

« a) Les médicaments issus du fractionnement du plasma ;

« *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. » ;

9° L'article L. 5121-3 est abrogé ;

10° Après l'article L. 5126-5-1, il est inséré un article L. 5126-5-2 ainsi rédigé :

« *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.

« 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 72

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

1° À l'article L. 361-1, les mots : « multiple du gain journalier de base tel qu'il est défini à l'article L. 323-4 » sont remplacés par les mots : « montant forfaitaire déterminé par décret » ;

2° L'article L. 361-2 est abrogé.

Article 73

Au premier alinéa du III de l'article 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du

médicament et des produits de santé, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre ».

Article 74

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 280,6 millions d'euros pour l'année 2015.

II. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 115 millions d'euros pour l'année 2015.

III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires mentionné à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique est fixé à 15,257 millions d'euros pour l'année 2015.

IV. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 103,17 millions d'euros pour l'année 2015.

V. – 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.

VI. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

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 ;

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. »

Article 75

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

Article 76

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 77

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

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 198,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 173,6 milliards d'euros.

Article 78

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 :

(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

Article 79

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 :

1° Qu'ils aient été âgés de 16 à 21 ans pendant les périodes mentionnées au premier alinéa du présent article ;

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.

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.

Article 80

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

« X. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités particulières d'application du présent article pour les artistes du ballet relevant de la caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris.

« Le II du présent article entre en vigueur, pour les assurés mentionnés au premier alinéa du présent X, à compter du 1^{er} janvier 2018. »

Article 81

Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 224,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 120,9 milliards d'euros.

TITRE III

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

Article 82

I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 380 millions d'euros au titre de l'année 2015.

II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 693 millions d'euros au titre de l'année 2015.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d'euros au titre de l'année 2015.

Article 83

I. – Le 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« 2° Une indemnité journalière pour les chefs ou les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, les aides familiaux et les associés d'exploitation pendant la période d'incapacité temporaire de travail ; ».

II. – L'article L. 752-5 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 752-5. – Bénéficient d'indemnités journalières pendant la période d'incapacité temporaire de travail :

« 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 ;

« 2° Les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 ;

« 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10.

« Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai, déterminé par décret, à compter du point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute prévu au chapitre III du titre IV du livre IV du code de la sécurité sociale.

« L'indemnité est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale. Elle est majorée à l'issue d'une période d'incapacité fixée par décret. Elle est incessible et insaisissable. »

III. – L'attribution d'indemnités journalières aux personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 84

Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,1 milliards d'euros.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE

Article 85

I. – L'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 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.

« Le montant des allocations familiales varie en fonction du nombre d'enfants à charge.

« 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.

« 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. »

II. – L'article L. 755-12 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 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. »

III. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2015.

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

Article 86

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

Article 87

I. – Au début du 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « Une partie, fixée par la loi de financement de la sécurité sociale, » sont remplacés par les mots : « Une fraction, fixée par décret, qui ne peut être inférieure à 50 %, ».

II. – Le I s'applique à compter du 1^{er} janvier 2016.

III. – Pour l'année 2015, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, à 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et à 100 millions d'euros pour le régime social des indépendants.

Article 88

Pour l'année 2015, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse.....	19,6

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 89

I. – Les missions et les activités de développement, de production, de support et de pilotage local des centres régionaux de traitement informatique, du service commun des caisses d'allocations familiales de la région parisienne et des centres nationaux d'études et de développement informatique de la branche Famille du régime général sont transférées à la Caisse nationale des allocations familiales à compter du 1^{er} juillet 2015.

II. – Les droits, biens et obligations des organismes accomplissant les missions et les activités mentionnées au I sont transférés à la Caisse nationale des allocations familiales au 1^{er} juillet 2015.

III. – Les centres régionaux de traitement informatique mentionnés au I sont dissous le 30 juin 2015.

Article 90

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

1° Le I est ainsi modifié :

a) Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 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 fautive, 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. » ;

b) Après la deuxième phrase du sixième alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« 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. » ;

2° À la première phrase du II, le mot : « dixième » est remplacé par le mot : « trentième ».

II. – L'article L. 114-18 du même code est ainsi modifié :

1° Les mots : « six mois » sont remplacés par les mots : « deux ans » ;

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

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 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 91

I. – L'article L. 242-1-3 du même code est ainsi rédigé :

« *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.

« 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. »

II. – La section 1 du chapitre V du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est complétée par un article L. 725-12-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 725-12-2.* – Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par l'organisme mentionné à l'article L. 723-3 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, cet organisme procède à la rectification de leurs droits.

« 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. »

III. – Le présent article s'applique aux redressements notifiés à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 92

L'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les deuxième et troisième phrases du troisième alinéa sont supprimées ;

2° Le septième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Au 1^{er} janvier 2016, il contient également le montant des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa. »

Article 93

Au premier alinéa de l'article L. 133-4-2 du même code, les mots : « sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable » sont supprimés.

Article 94

I. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa de l'article L. 8224-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le fait de méconnaître les interdictions définies au même article L. 8221-1 en commettant les faits à l'égard de plusieurs personnes ou d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur est puni d'un emprisonnement de cinq ans et d'une amende de 75 000 €. » ;

2° Après le premier alinéa des articles L. 8234-1 et L. 8243-1, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 € d'amende :

« 1° Lorsque l'infraction est commise à l'égard de plusieurs personnes ;

« 2° Lorsque l'infraction est commise à l'égard d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur. »

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

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 :

« *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. » ;

2° Après le premier alinéa de l'article L. 243-7-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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 1^{er} décembre 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**

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2013

(En milliards d'euros)

Actif	2013 (net)	2012 (net)	Passif	2013	2012
Immobilisations	7,7	6,8	Capitaux propres	-110,9	-107,2
Immobilisations non financières..	4,3	4,1	Dotations	30,9	32,8
Prêts, dépôts de garantie.....	2,5	1,8	Régime général	0,6	0,6
			Autres régimes	4,2	4,0
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ...	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR).....	26,0	28,1
			Réserves	10,3	9,1
			Régime général	2,6	2,5
			Autres régimes	5,5	5,7
			FRR	2,2	0,9
Avances / prêts accordés à des organismes de la sphère sociale.....	0,9	0,9	Report à nouveau	-152,6	-145,8
			Régime général	-4,3	4,1
			Autres régimes	-3,0	-1,5
			CADES	-145,4	-148,3
			Résultat de l'exercice	-1,6	-5,9
			Régime général	-12,5	-13,3
			Autres régimes	-0,6	-1,7
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV).....	-2,9	-4,1
			CADES	12,4	11,9
			FRR	1,9	1,3
			Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	2,1	2,4
			Provisions pour risques et charges	20,4	19,9

(En milliards d'euros)

Actif	2013 (net)	2012 (net)	Passif	2013	2012
Actif financier	55,4	57,7	Passif financier	173,4	173,9
Valeurs mobilières et titres de placement	48,3	46,8	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, euro-papiers commerciaux)	159,8	162,3
Régime général.....	0,5	0,0			
Autres régimes.....	6,9	7,3			
CADES	7,1	5,6	Régime général	20,5	16,9
FRR	33,9	33,8	CADES	139,3	145,4
Encours bancaire	6,7	10,4	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	11,2	7,4
			Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) (prêts Caisse des dépôts et consignations).....	3,0	
Régime général.....	1,5	2,6	Régime général (ordres de paiement en attente)	4,6	4,0
Autres régimes.....	1,8	1,5	Autres régimes	2,6	2,3
FSV	1,0	0,8	CADES	1,0	1,0
CADES	0,2	3,0	Dépôts reçus	2,2	2,2
FRR	2,2	2,4	ACOSS.....	2,2	2,2
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,4	0,6	Autres	0,2	2,1
CADES	0,2	0,2	Autres régimes	0,1	0,1
FRR	0,2	0,3	CADES	0,1	2,0
Actif circulant	63,7	64,0	Passif circulant	43,8	42,0
Créances de prestations	7,6	7,4	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires.....	20,0	19,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale.....	9,2	9,3	Dettes à l'égard des cotisants ..	1,2	1,3
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions.....	35,5	35,5			
Créances sur entités publiques	9,0	8,4	Dettes à l'égard d'entités publiques	8,7	8,5
Produits à recevoir de l'État	0,5	0,6			
Autres actifs.....	1,8	2,9	Autres passifs	13,8	12,4
Total de l'actif	126,8	128,5	Total du passif	126,8	128,5

Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, qui représentent le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 110,9 milliards d'euros au 31 décembre 2013, soit l'équivalent de 5,4 points de produit intérieur brut. Ce passif net, en hausse de 3,6 milliards d'euros par rapport à 2012, tend à se stabiliser après la forte dégradation consécutive à la crise économique des années 2008-2009,

sous le triple effet de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV (16,0 milliards d'euros en 2013 contre 19,1 milliards d'euros en 2012), de l'augmentation de la capacité de remboursement de la CADES (12,4 milliards d'euros contre 11,9 milliards d'euros en 2012) et des résultats en hausse du FRR (1,9 milliard d'euros contre 1,3 milliard d'euros en 2012).

Le financement de ce passif est assuré à titre principal par l'endettement financier. Son montant net, qui correspond à la différence entre les dettes financières (essentiellement portées par la CADES et l'ACOSS) et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie (essentiellement par le FRR), s'établit donc à un niveau proche du passif net de la sécurité sociale et en suit les mêmes tendances si on tient compte par ailleurs des effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des opérations courantes des régimes (écart entre les sommes à encaisser sur cotisations et les sommes à décaisser sur prestations, principalement) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui pèsent également sur la trésorerie. L'endettement financier net de la sécurité sociale a donc également évolué à un rythme ralenti par rapport aux années récentes et s'établit à 118,0 milliards d'euros au 31 décembre 2013, après 116,2 milliards d'euros à fin 2012.

Évolution du passif net et de l'endettement financier net de la sécurité sociale depuis 2009

	2009	2010	2011	2012	2013
Passif net au 31/12 (capitaux propres).....	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9
Variation N-1/N.....	-	-20,8	-13,5	-6,6	-3,6
Endettement financier net.....	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0
Variation N-1/N.....	-	-19,7	-15,2	-5,0	-1,8

L'ensemble de ces éléments sont détaillés à l'annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2013

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 12,5 milliards d'euros en 2013. La branche Maladie a ainsi enregistré un déficit de 6,8 milliards d'euros, la branche Famille un déficit de 3,2 milliards d'euros et la branche Vieillesse un déficit de 3,1 milliards d'euros, la branche Accidents du travail et maladies professionnelles ayant quant à elle dégagé,

pour la première fois depuis 2008, un excédent qui s'est élevé à 0,6 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 2,9 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches Maladie et Famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total. Conformément aux dispositions organiques, la CADES a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

Même si la reprise des déficits de la branche Vieillesse et du FSV reste prioritaire, compte tenu des marges rendues disponibles par les différentes mesures prises en matière de redressement financier de ceux-là, la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a intégré les déficits 2012 à 2018 des branches Maladie et Famille dans le champ de la reprise prévue par la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 précitée, sans modification des plafonds initiaux de reprise ni de l'échéance d'amortissement des déficits, qui demeure estimée par la CADES à 2024. Dans ce cadre, les déficits 2012 de la branche Maladie (5,9 milliards d'euros) ont été repris en 2014 à hauteur de 4 milliards d'euros.

Par ailleurs, les excédents de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles au titre de 2013 ont été affectés à la réduction des déficits cumulés passés, dont le montant est ainsi réduit de 2,4 à 1,7 milliards d'euros.

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles à l'exception de la branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires et des marins), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État), équilibrés par ces derniers, et enfin du régime social des indépendants dont les déficits sont couverts par une affectation, à due proportion, du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2013 des résultats déficitaires. S'agissant de

la branche retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'est élevé à 0,6 milliard d'euros (contre 1,0 milliard d'euros en 2012), portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 à 2,6 milliards d'euros. Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que ce déficit pourra, à l'avenir, être financé par des avances rémunérées de trésorerie par l'ACOSS qui viendront compléter les financements bancaires auxquels a recours jusqu'ici la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés.

Concernant la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), le déficit comptable s'est dégradé légèrement en 2013, à 0,1 milliard d'euros, alors qu'elle était proche de l'équilibre en 2012. Compte tenu de la non-reconduction en 2013 des recettes du prélèvement exceptionnel de 0,7 milliard d'euros effectué sur les réserves de plusieurs fonds finançant des prestations au bénéfice des agents des collectivités locales, prévu par la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, cette évolution traduit en fait une amélioration de près de 0,6 milliard d'euros de l'équilibre du régime à la suite d'une hausse des taux de cotisations intervenue en 2013, qui sera reconduite en 2014.

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 0,2 milliard d'euros en 2013, portant son montant cumulé à 0,9 milliard d'euros en fin d'année. Dans le contexte d'une limitation des concours financiers de la Caisse des dépôts et consignations, partenaire financier historique de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 précitée a étendu jusqu'en 2017 les dispositions de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoyant la faculté d'un recours à des avances de trésorerie de l'ACOSS à hauteur de 250 millions d'euros, en complément des financements procurés par la Caisse.

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

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.

(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

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.

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

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.

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.

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.

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.

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

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.

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

1. Un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé à 2 % en moyenne

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.

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.

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.

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 %.

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.

Le plan d'économies qui structure le déploiement de la stratégie nationale de santé s'articulera autour de quatre axes.

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.

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.

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.

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.

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).

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

L'évolution des dépenses d'assurance vieillesse des régimes de base serait de 2,3 % en moyenne sur la période 2014-2017.

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.

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.

3. La branche Famille contribuera également à l'effort de maîtrise de la dépense publique

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.

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.

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.

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

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.

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.

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.

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

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.

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

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

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

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

Exercice 2015

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Régimes de base
Cotisations effectives.....	86,9	125,4	32,1	12,8	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).

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

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).

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

Exercice 2015

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Contribution sociale généralisée.....	10,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales.....	6,1
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	16,6

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté
par l'Assemblée nationale dans sa séance du 1^{er} décembre 2014.*

Le Président,
Signé : CLAUDE BARTOLONE

ISBN : 2-1113-3735-0



ISSN 1240 - 8468

Imprimé par l'Assemblée nationale