

N° 2362

N° 100

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 18 novembre 2014

Enregistré à la Présidence du Sénat
le 18 novembre 2014

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE ⁽¹⁾ CHARGÉE DE PROPOSER UN TEXTE SUR
LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DU PROJET DE LOI *de financement de la
sécurité sociale pour 2015*,

PAR M. GÉRARD BAPT,

Rapporteur,

Député.

PAR M. JEAN-MARIE
VANLERENBERGHE,

Rapporteur,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, sénateur, président, Mme Catherine Lemorton, députée, vice-présidente ; MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, sénateur, et Gérard Bapt, député, rapporteurs.

Membres titulaires : Mme Caroline Cayeux, MM. René-Paul Savary, Yves Daudigny, Mmes Catherine Génisson et Annie David, sénateurs, M. Olivier Véran, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Jean-Pierre Door, Mme Bérengère Poletti et M. Gilles Lurton, députés.

Membres suppléants : MM. Gilbert Barbier, Jean-Noël Cardoux, Francis Delattre, Gérard Dériot, Mme Michelle Meunier, MM. Gérard Roche et Jean-Louis Tourenne, sénateurs, Mmes Martine Pinville, Annie Le Houérou, Joëlle Huillier, MM. Pierre Morange, Denis Jacquat, Francis Vercamer et Jean-Louis Roumegas, députés.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : Première lecture : 2252, 2298, 2303 et T.A. 414.

Sénat : Première lecture : 78, 83, 84 et T.A. 24 (2014-2015).
Commission mixte paritaire : 101 (2014-2015)

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 s'est réunie au Sénat le 18 novembre 2014.

La commission procède à la désignation de son bureau qui a été ainsi constitué :

- M. Alain Milon, sénateur, président ;
- Mme Catherine Lemorton, députée, vice-présidente ;
- M. Jean-Marie Vanlerenberghe, sénateur, rapporteur pour le Sénat ;
- M. Gérard Bapt, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.

*
* *

La commission mixte paritaire procède ensuite à l'examen du texte.

M. Alain Milon, sénateur, président. – Notre commission mixte paritaire est réunie pour examiner la possibilité de parvenir à un texte commun sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Le Sénat a adopté le projet de loi de financement après l'avoir discuté dans son intégralité, situation inédite depuis le début de législature. Il lui a toutefois apporté des modifications qui, sans le bouleverser, marquent une orientation sensiblement différente de celle retenue par le Gouvernement et par l'Assemblée nationale.

Le texte qui nous était transmis comportait 93 articles, dont un article supprimé. Le Sénat a maintenu cette suppression et adopté conformes 47 articles. Il a modifié 36 articles avec, dans près de la moitié des cas, un avis favorable ou de sagesse du Gouvernement. Il a supprimé 9 articles, dont 5 seulement contre l'avis du Gouvernement. Enfin, le Sénat a ajouté 24 articles additionnels, mais 3 seulement ont reçu l'avis favorable du Gouvernement.

Ce bilan statistique traduit à la fois le climat constructif dans lequel s'est déroulé le débat au Sénat, et les différences notables avec le texte de l'Assemblée nationale. Nous avons refusé de moduler les allocations familiales selon le niveau de revenu des familles, avons voulu aller plus loin dans la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, et souligné la nécessité d'assurer l'équilibre à moyen terme des régimes de retraite par un nouveau relèvement de l'âge de départ à la retraite. Ainsi, dans les 69 articles restant en discussion, apparaissent des points de divergence significatifs.

Mme Catherine Lemorton, députée, vice-présidente. – Le Sénat a adopté 47 articles conformes. Vous avez mené la discussion jusqu'au bout de manière constructive. Mais, je partage votre avis, le Sénat a supprimé des mesures essentielles aux yeux de la majorité présidentielle, il paraît dès lors difficile de parvenir à un accord.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, sénateur, rapporteur pour le Sénat. – Avec de nombreux articles adoptés sans modification, plusieurs articles modifiés avec avis favorable du Gouvernement et certains articles supprimés avec un avis de sagesse du Gouvernement, le Sénat n'a pas manifesté une opposition frontale à ce texte.

Nous avons adopté les première et deuxième parties avec quelques modifications. A l'article 5, un amendement a marqué notre attachement à ce qu'une loi, et non un simple décret, continue à autoriser formellement toute dépense financée par le fonds de solidarité vieillesse (FSV), en l'espèce la prime exceptionnelle pour les retraités modestes. La situation financière du FSV, qui connaît un déficit récurrent de près de 3 milliards d'euros, doit rester sous étroite surveillance parlementaire. Notre rédaction est sans doute perfectible, mais il ne s'agit en aucune manière d'une question partisane. Quant à la modification adoptée à l'article 3 sur le mécanisme W, elle constitue plus un aménagement qu'une remise en cause.

Sur la troisième partie, relative aux recettes pour 2015, le Sénat partageait globalement l'analyse selon laquelle notre pays a largement épuisé les marges de manœuvre en matière de prélèvements obligatoires.

Sur les particuliers-employeurs, notre assemblée est revenue aux dispositions adoptées en juillet dernier par le Sénat, à l'initiative d'Yves Daudigny, en portant la réduction forfaitaire à 1,50 euro. Il s'agit d'une mesure de soutien à l'emploi déclaré, contre les pratiques de travail dissimulé. Peut-être tous les emplois ne méritent-ils pas de bénéficier de la réduction, mais c'est au Gouvernement qu'il appartient de modifier la liste par voie réglementaire.

Le Sénat a modifié l'article 10 sur la régulation des dépenses de médicaments. Il a supprimé les ajouts de l'Assemblée nationale relatifs aux contributions sur les dividendes et à la taxation des cigares...

Les points de désaccord sont moins limités en dépenses. Sur trois des quatre branches, le Sénat a souhaité marquer une orientation différente, qui se lit dans les tableaux d'équilibre de la fin de troisième partie. En cohérence avec son vote sur le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, il a supprimé l'article 28.

Sur le volet assurance maladie, outre des amendements purement rédactionnels, nous avons adopté des modifications susceptibles de donner lieu à un accord. Nous avons ainsi complété l'article 34 avec une centrale d'achat approvisionnant les structures publiques de vaccination et diminuant leurs charges - cela devrait aussi s'appliquer aux centres communaux, non couverts par la rédaction de l'article, mais qui se trouvent souvent très désavantagés dans les négociations avec les laboratoires du fait de leur petite taille. Nous avons rétabli à l'article 40, qui fixe les objectifs de financement du fonds d'investissement régional (FIR), la notion de handicap, curieusement fondue dans celle de « pertes d'autonomie ». Nous avons rendu expérimental, à l'article 44, le dispositif de promotion des comportements de prescription responsables dans la liste en sus, pour ne pas pénaliser certains établissements comme les centres anticancéreux qui, du fait de leur patientèle, recourent nécessairement davantage que d'autres à ces produits. Nous avons précisé, à l'article 51, en adoptant un sous-amendement du Gouvernement, que les plasmas dits SD vendus en France seront obligatoirement issus de dons anonymes et gratuits.

Outre l'article 52 *bis*, adopté avec l'accord du Gouvernement, qui prolonge d'un an l'expérimentation du dossier pharmaceutique, le Sénat a introduit de nouveaux articles relatifs à l'évaluation du médicament : l'article 47 *quater* prévoit que la récente commission de l'évaluation médico-économique au sein de la Haute Autorité de santé (HAS) donne un avis sur les médicaments dont le remboursement est demandé ; l'article 47 *ter* rend directement applicable l'obligation faite aux industriels, largement consensuelle et prévue par la loi sur la sécurité du médicament de 2011, de produire des essais comparatifs pour obtenir le remboursement d'un produit dans une indication donnée - face à des médicaments nouveaux, qui prétendent obtenir un prix élevé en raison de l'innovation thérapeutique qu'ils apportent, nous sommes en droit d'exiger le plus haut niveau de preuve scientifique. L'article 47 *bis* prévoit la mise en œuvre au 1^{er} janvier 2016 de l'Index thérapeutique unique relatif (ITR), indicateur élaboré par la HAS il y a plusieurs années, pour qu'un véritable dialogue s'engage enfin avec les industriels sur ses modalités pratiques. L'article 53 *bis* A garantit davantage d'équité dans l'utilisation du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) en réservant la moitié de son produit à la prise en charge des soins, *via* l'objectif global de dépenses (OGD), et l'autre moitié à la compensation des dépenses d'APA et de PCH des départements. L'article 53 *bis* B consacre la part du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) non utilisée en 2015 à la mise en œuvre d'un plan d'investissement sur trois ans, conformément à l'engagement du Gouvernement.

D'autres points marquent une divergence entre nos deux assemblées. Le Sénat a accru l'effort de maîtrise de l'Ondam, insuffisant au regard du déficit de l'assurance maladie : un nombre encore trop important d'actes inutiles ou redondants, notamment dans la relation ville-hôpital, un recours insuffisant aux médicaments génériques, une régulation imparfaite des urgences hospitalières. Nous pouvons aller au-delà de ce que propose le Gouvernement si nous ne posons pas les mêmes limites : par exemple, la réduction du temps de travail a accru les difficultés de l'hôpital, il faut renégocier les accords.

A l'article 49 *bis*, le Sénat a mis en place trois jours de carence pour les agents de la fonction publique hospitalière sur proposition de la commission des finances. La commission des affaires sociales s'en était tenue à un seul jour, probant non seulement du point de vue de l'économie engendrée (65 millions d'euros), mais surtout de l'organisation des services hospitaliers.

Une part d'automédication pourrait aussi entrer dans la consommation des ménages au même titre que d'autres postes.

Le Sénat a supprimé l'article 29 *bis*, qui exonère les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) des franchises et de la participation forfaitaire. Quel devient le sens des franchises, lorsqu'elles sont payées par une partie de plus en plus faible de la population ? La suppression des participations demandées aux bénéficiaires de l'ACS, introduite à l'Assemblée nationale, relève d'abord de problèmes techniques liés à la mise en place du tiers payant. La participation forfaitaire pour les consultations médicales peut être supprimée tout en maintenant les franchises, notamment pour les médicaments, que les pharmaciens perçoivent déjà dans le cadre du système « tiers payant contre génériques ». Le Gouvernement ayant choisi de faire de cette question un enjeu de principe, nous avons en séance publique retiré l'amendement de la commission et l'article a été rejeté.

Notre assemblée a adopté un amendement relevant progressivement les bornes d'âge de la retraite à partir de 2018 afin d'alerter sur le fait que les équilibres financiers se dégradent à nouveau à cet horizon.

C'est peut-être sur la famille que nos désaccords sont les plus importants. Par le vote de dix amendements de suppression émanant de différentes sensibilités, le Sénat s'est opposé à la modulation des allocations familiales en fonction des revenus du foyer. Ce désaccord politique de fond suffirait à nous empêcher d'élaborer un texte commun.

De façon un peu paradoxale, la discordance des majorités a rendu possible un certain nombre de convergences. Il n'en demeure pas moins que des désaccords de fond subsistent et me paraissent de nature à empêcher l'élaboration d'un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

M. Gérard Bapt, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Il est en effet paradoxal que le Sénat ait mené jusqu'au bout l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale à la faveur du changement de majorité.

Mme Catherine Génisson, sénatrice. – Il y avait eu auparavant d'étranges alliances...

M. Gérard Bapt, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Nos désaccords me semblent néanmoins irréductibles. Notre commission mixte paritaire doit examiner 69 articles restant en discussion. Malgré un certain nombre d'articles adoptés par le Sénat dans les mêmes termes qu'à l'Assemblée, souvent sur des mesures techniques, nos positions sont irréconciliables sur les points cruciaux.

Le Sénat propose de faire 1 milliard d'euros d'économies en plus sur l'assurance maladie tout en remettant en cause les mécanismes de régulation des dépenses de médicaments - donc en faisant peser les économies exclusivement sur les établissements de santé et la médecine de ville, hors médicament ! A l'article 3 relatif aux médicaments traitant l'hépatite C, il affaiblit le pouvoir de négociation du comité économique des produits de santé (Ceps) et fait porter les dépenses supplémentaires sur l'ensemble des entreprises du médicament - un terme avancé pour le mécanisme ne permet pas, en outre, un recul suffisant. A l'article 10 relatif au taux L, il fragilise le mécanisme. Il supprime, avec l'article 29 *bis*, l'exonération de la franchise médicale pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), une dépense pourtant minime, tout en acceptant le principe du tiers payant. A l'article 49 *bis*, il instaure trois journées de carence dans la fonction publique hospitalière, mesure qui pénalise inutilement les fonctionnaires : quand elle a été appliquée, elle n'a pas diminué l'absentéisme - je rappelle qu'une grande partie des salariés du privé bénéficient d'une prise en charge des jours de carence par les assurances complémentaires ou les conventions collectives.

Le Sénat a porté l'âge légal de la retraite de 62 à 64 ans, remettant en cause une réforme adoptée il y a moins d'un an qui ramène à l'équilibre les régimes de base sans modifier les perspectives de départ à la retraite des actifs à court terme. Il a supprimé la modulation des allocations familiales en fonction du revenu, soit une économie d'environ 800 millions d'euros pour la branche en année pleine et de 400 millions dès 2015, aggravant ainsi le déficit de la Cnaf pour 2015, et augmentant l'objectif de dépenses de cette caisse au détriment de la branche maladie.

La perspective d'un accord est donc irréaliste. Cela ne nous empêchera pas de proposer à l'Assemblée nationale d'adopter des éléments ajoutés par le Sénat, techniques ou non. Sur le sujet brûlant du doublement de la déduction forfaitaire de cotisations pour le particulier employeur, mon

amendement initial était identique au vôtre ; après négociation avec le Gouvernement, nous avons réservé ce doublement aux dépenses de garde d'enfants. Nous verrons dans quelle mesure la position du Gouvernement lors de la nouvelle lecture tiendra compte du vote intervenu au Sénat.

M. Alain Milon, sénateur, président. – Les positions semblent irréconciliables. Mais il n'est pas interdit d'en discuter.

M. Yves Daudigny, sénateur. – Le groupe socialiste se félicite que le débat ait pu être mené jusqu'à son terme, contrairement aux deux dernières années. Nous avons compté 45 articles adoptés conformes et 19 modifiés avec l'avis favorable du Gouvernement. Ces chiffres témoignent d'une volonté commune de travailler de manière constructive et d'un respect mutuel de nos positions, quelles que soient nos divergences. Surtout, une grande partie des dispositions du projet de loi de financement font l'objet d'un accord : preuve que c'était un projet de qualité !

Je crois possible de trouver un accord sur certains articles, comme ceux relatifs au secteur médico-social. Pour le reste, les divergences sont profondes. Certaines mesures de justice, comme l'exonération de participation et de franchise pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, ou la modulation des allocations familiales, ont été supprimées. Des mesures injustes ont été ajoutées : réinstauration des jours de carence pour le personnel hospitalier, recul de l'âge de la retraite à taux plein. Surtout, les mesures d'économie supplémentaires adoptées par la majorité sénatoriale sont contradictoires avec la suppression d'autres mesures de maîtrise des coûts, notamment dans le secteur du médicament.

Je partage donc l'avis des deux rapporteurs.

M. Jean-Pierre Door, député. – Certes, l'équation est complexe. Le contexte, de plus, n'est pas enthousiasmant : les caisses d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) avaient exprimé dès le début leur opposition au projet du Gouvernement, qui creuse encore les déficits et manifeste l'insincérité budgétaire qui est sa marque de fabrique.

Les orientations imprimées au texte par les sénateurs sont les mêmes que celles défendues par l'opposition, et singulièrement le groupe UMP, à l'Assemblée nationale. La modulation des allocations familiales en fonction des revenus rompt le pacte d'universalité. La déduction fiscale de 2 euros que nous souhaitions sur les emplois à domicile a été rejetée par le Gouvernement, même réduite à 1,5 euro. Le Sénat a retenu cette dernière, tant mieux ! Nous souhaitions rétablir la journée de carence pour rendre service aux hôpitaux. En réduisant le taux d'augmentation de l'Ondam, le Sénat réalise une économie importante, préconisée par le comité de pilotage de l'Ondam installé par la précédente majorité.

Nous sommes d'accord sur certains points : la liaison entre l'hôpital et la ville, la reprise du dossier médical personnel, l'emploi de l'ITR dans la politique d'évaluation du médicament et le renforcement de la HAS, seule autorité indépendante, en qui toutes les parties ont confiance, caisses, tutelle, etc. Je me félicite que vous ayez repris l'idée d'autoriser les médecins retraités à reprendre une activité professionnelle sous certaines conditions. Nombre d'entre eux ont envie de travailler, pourvu qu'ils ne soient pas pénalisés par des cotisations dissuasives. J'espère que la majorité gouvernementale reprendra ces points consensuels à son compte.

M. René-Paul Savary, sénateur. – Un consensus est à notre portée sur le médico-social, en particulier sur les articles 53 *bis* A et B. Equilibrons les rapports au sein de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour ne plus pénaliser les conseils généraux dans le financement de l'APA et de la PCH. Il y a une possibilité de déplacer le curseur dans la répartition du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), entre 26 % et 30 % pour la PCH et entre 10 % et 14 % pour les dépenses de soins des établissements et services pour personnes handicapées. Les dispositions relatives au rôle de l'ARS par rapport au préfet peuvent faire l'objet d'un accord. L'utilisation du produit non consommé de la contribution de solidarité pour l'autonomie (Casa) pour un plan pluriannuel d'investissement dans le secteur médico-social me semble opportune. Il s'agirait de 100 millions d'euros par an pendant trois ans, qui soutiendraient l'économie. Là encore il pourrait y avoir consensus. Le nombre de places d'hébergement pour les personnes âgées est actuellement suffisant, mais les équipements sont souvent vétustes. Et pour les personnes âgées handicapées, nous avons un gros retard à combler en offre d'hébergement. Le Gouvernement entend y travailler, mais nous avons souhaité l'inscrire dans la loi.

Mme Caroline Cayeux, sénatrice. – Sur la branche famille, notre opposition est irréductible. Notre groupe refuse la modulation des allocations familiales car nous sommes attachés à l'universalité de cette prestation.

Mme Catherine Génisson, sénatrice. – Nous aussi !

Mme Caroline Cayeux, sénatrice. – Le Gouvernement présente cette modulation comme une mesure de justice. Ce serait le cas si les familles en grande difficulté voyaient dans le même temps leurs allocations augmenter. Il s'agit en réalité d'une taxation supplémentaire des classes moyennes, qui s'ajoute à ce qu'elles subissent depuis 2012, comme le doublement du rabot du quotient familial pour l'impôt sur le revenu... Le vote en faveur de la suppression de cette modulation a d'ailleurs été large au Sénat.

Mme Marie-Françoise Clergeau, députée. – Sur la branche famille, l'accord entre l'Assemblée nationale et le Sénat sera difficile. La modulation des allocations familiales est une mesure de justice sociale. Nous n'avons pas touché à leur universalité : toutes les familles actuellement bénéficiaires

continueront à en percevoir. Cette universalité n'a jamais été intégrale, du reste, et il nous semble juste que des familles plus aisées contribuent davantage que les autres.

M. Jean-Pierre Door, député. – C'est la double peine !

Mme Marie-Françoise Clergeau, députée. – La modulation des allocations familiales a permis de supprimer la division par trois de la prime à la naissance ou à l'adoption ainsi que le report à seize ans de la majoration des allocations familiales. En conséquence, supprimer la modulation des allocations familiales revient à accroître le déficit de la branche famille.

L'article 61 B concerne le versement des prestations familiales au conseil général lorsque les enfants sont pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE). Nous avons travaillé sur le sujet, à l'occasion d'une proposition de loi issue du Sénat et rapportée par M. Lurton à l'Assemblée nationale. Je préconise le rejet de cette mesure, qui pose des difficultés : dans 95 % des cas, les enfants reviennent ensuite dans leur famille. Puis, comment faire lorsqu'un seul enfant d'une fratrie est placé ? Enfin, le juge a toujours la possibilité de se prononcer sur la répartition.

M. Olivier Véran, député. – Parce que j'en rapporte les crédits à l'Assemblée nationale, j'ai apprécié que nous partagions le souci de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie, même si nous ne sommes pas en accord sur toutes les propositions. Certaines réformes structurelles sont portées par le PLFSS, d'autres seront abordées dans le cadre de la loi santé, ce qui nous promet de beaux débats, sur l'amélioration de la communication entre la ville et l'hôpital par les lettres de sortie, ou encore sur l'ITR.

Vous avez précisé la rédaction pour que les plasmas thérapeutiques soient prélevés dans des conditions éthiques. De même sur l'expérimentation d'accès au dossier pharmaceutique. Les dispositions de l'article 44 nous conduiront sans doute à proposer de nouvelles avancées d'ici à la nouvelle lecture.

En revanche, je ne comprends pas comment vous avez choisi certaines économies ou accru certaines dépenses. Il est symboliquement fort de freiner la baisse des prix des médicaments tout en décalant l'âge de départ à la retraite. Pourquoi le Sénat est-il revenu sur le mécanisme de régulation spécifique prévu pour le traitement de l'hépatite C ? A situation exceptionnelle, mesure exceptionnelle. Cette mesure faisant consensus à l'Assemblée nationale, nous y reviendrons sans doute. Il en est de même pour l'exonération des franchises : la ministre ayant précisé qu'elle ne pourrait l'étendre au-delà des bénéficiaires de l'ACS, une majorité s'était dégagée pour voter une mesure qui profite aux Français vivant sous le seuil de pauvreté. Nous attendions des sénateurs le prolongement d'une forme d'union nationale sur un sujet aussi important.

M. Gilles Lurton, député. – Nous avons des désaccords de fond sur la branche famille. La modulation des allocations familiales remet en cause leur universalité, principe fondamental d’une politique qui a fait ses preuves pour maintenir le taux de fécondité à un niveau élevé. De plus, elle pénalise lourdement les classes moyennes, sur lesquelles 4,5 milliards d’euros d’avantages familiaux ont déjà été prélevés en deux ans et demi. Issue d’un amendement des députés, cette mesure n’a pas fait l’objet d’une étude d’impact. J’ai participé aux travaux de Francis Vercamer et Christian Hutin sur le fonctionnement des caisses d’allocations familiales : celles-ci rencontrent déjà de nombreuses difficultés, et je crains que cet article ne complique davantage leur action. Quant à l’article 49 *bis* sur les trois jours de carence, j’avais proposé un amendement analogue à l’Assemblée nationale...

Mme Catherine Génisson, sénatrice. – Pourquoi pas cinq jours ?

M. Gilles Lurton, député. – J’avais un amendement de repli instaurant un unique jour de carence, ce qui serait la véritable mesure de justice eu égard au régime applicable dans le secteur privé.

Mme Bérengère Poletti, députée. – Merci à nos collègues sénateurs pour l’exercice difficile auquel ils se sont livrés. Le rapporteur pour l’Assemblée nationale l’a souligné, il faut trouver un chemin pour faire des économies, tout en préservant une politique efficace et qui soutienne l’emploi. Sur bien des points, nous nous retrouvons à la croisée de nos valeurs.

L’impact de la modulation des allocations familiales n’a pas été évalué. Nul ne doute que cela portera atteinte à notre politique familiale, politique qui fait la richesse de notre pays et que les autres nous envient. *Les Echos* ont d’ailleurs parlé de « chef d’œuvre en péril », ce qui est tout à fait adapté. Sur ce point, je suis satisfaite du travail du Sénat.

Il faudra, pour dégager des économies, avoir le courage d’augmenter l’âge de la retraite. S’agissant du délai de carence, j’avais déposé une proposition de loi à l’Assemblée nationale instaurant non pas trois mais un jour de carence, ce qui est plus raisonnable - au-delà, dans le privé, les assurances prennent le relais. J’avais également déposé des amendements sur le contrôle par les caisses des arrêts maladie dans les secteurs public et privé, sujet sur lequel il y a beaucoup à faire.

Nous travaillons avec Martine Pinville sur le soutien fiscal à l’emploi à domicile, outil majeur de développement de l’emploi, et non de politique sociale - sauf plein emploi, ce qui n’est pas notre cas. Il faut absolument éviter la fuite vers le travail clandestin. Nous nous sommes battus sur les deux euros de déduction forfaitaire de cotisation, avant de nous rabattre sur un euro cinquante... Le dispositif reste complexe, peu lisible, bref susceptible d’entretenir le travail au noir.

La Casa est détournée de son objectif depuis sa création, pour financer le FSV. L'Assemblée nationale a étudié cette année un texte relatif à l'accompagnement des personnes vieillissantes, qui affecte environ la moitié du produit de cette taxe au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie pour les groupes iso-ressources 1, 2 et 3. Le dispositif reste cependant fragile, et place les conseils généraux en première ligne pour faire face aux inévitables surcoûts. La complexité du budget de la CNSA rend cette mesure intéressante mais elle gagnerait à être limitée dans le temps.

Le tiers payant implique la suppression de la franchise, c'est mécanique. Je ne comprends donc pas bien la position du Sénat sur cette question.

Mme Catherine Génisson, sénatrice. – Je rejoins Olivier Véran et Jean-Pierre Door sur la branche maladie, et Bérengère Poletti sur le lien entre tiers payant et franchise. Sur ce dernier point, le débat politique n'a pas lieu d'être.

J'appelle nos collègues de l'Assemblée nationale à retenir le principe de l'expérimentation sur l'article 44. La liste en sus donne lieu à des dysfonctionnements et son élaboration peut être améliorée, mais il faut veiller aux effets du dispositif proposé sur des traitements spécifiques.

Nous avons amélioré l'article 51. Le débat n'est toutefois pas clos, car cette mesure va mettre l'Etablissement français du sang (EFS) en difficulté. Il faudra surveiller le respect de l'exigence de don éthique, à l'heure où une entreprise commerciale se place en pôle-position sur ce marché...

Les économies proposées par notre rapporteur général sont sinon insincères, du moins floues. Rien ne sert d'accabler les urgences : tenues d'accueillir les patients qui s'y présentent, elles et ne font que subir les dysfonctionnements de notre système de permanence de soins. Pour faire des économies et améliorer la qualité des soins dispensés à nos concitoyens, c'est la permanence des soins qu'il faut revoir et tout notre système de santé que l'on doit réorganiser.

M. Jean-Louis Tourenne, sénateur. – Je m'étonne avec candeur que l'on argumente pour concilier des positions que l'on juge irréconciliables. Sans doute est-ce la règle du jeu... Je m'étonne également de notre penchant aux affirmations péremptoires : le budget ne serait pas sincère. Encore faudrait-il démontrer cette grave accusation.

M. Jean-Pierre Door, député. – Il ne l'est pas, je vous le montrerai.

M. Jean-Louis Tourenne, sénateur. – Que l'égalité des allocations familiales ait favorisé le dynamisme démographique appelle aussi démonstration.

Mme Caroline Cayeux, sénatrice. – C'est démontré !

M. Jean-Louis Tourenne, sénateur. – Vous parlez d’universalité comme d’une vérité révélée, un principe intangible auquel nous devrions nous accrocher comme une bernique à son rocher. Or elle n’est qu’un principe de mise en œuvre d’une politique particulière. Il est en revanche bien démontré que traiter également des situations inégales aggrave l’inégalité. Les statistiques produites par la Dares font nettement apparaître que le premier décile de la population, le plus riche, bénéficie bien davantage de l’apport de la collectivité nationale que le dernier.

Si l’on peut discuter de la journée de carence, admettez que la décider pour le seul personnel hospitalier, qui est soumis aux plus fortes contraintes de service et est chargé des missions les plus lourdes, serait un mauvais message, comme l’expression d’un mépris à son égard.

Mme Catherine Lemorton, députée, vice-présidente. – Nous avons prévu jusqu’en 2017 une augmentation du complément familial, sous condition de ressources, pour les familles de plus de trois enfants, ainsi qu’une hausse de 25 % de l’allocation de soutien familial, qui profite aux familles monoparentales. Grâce au relèvement du plafond d’attribution de l’aide à l’acquisition d’une complémentaire, davantage de familles modestes bénéficieront d’une mutuelle à moindre coût.

Gardons-nous de la tentation d’établir un parallèle entre modulation des allocations familiales et extension de l’accès aux soins, ne créons pas des peurs inutiles. Une large majorité des naissances est souhaitée : un enfant n’est pas un aléa ; une maladie, un cancer ou une affection auto-immune, si.

La question du jour de carence, dont le bénéfice économique reste à démontrer, pose un problème de santé publique. Rappelez-vous l’épidémie de grippe H1N1 : la consigne donnée aux salariés était, aux premiers symptômes, de rester chez eux. Que feront ceux qui ne touchent que de faibles salaires si un délai de carence de trois, voire de cinq jours, leur est imposé ?

Quant à la régulation des urgences hospitalières, la Cour de comptes estime à 30 % l’augmentation de la fréquentation des urgences depuis dix ans. C’est précisément la date à laquelle Jean-François Mattei a supprimé l’obligation pour les médecins libéraux d’assurer des gardes.

M. René-Paul Savary, sénateur. – Il y a toujours des gardes.

Mme Catherine Lemorton, députée, vice-présidente. – J’ai présidé avec Jean-Pierre Door une mission qui rendra dans quelques semaines son rapport sur la permanence des soins ambulatoires : sans une réorganisation des soins ambulatoires, il n’y aura pas de réorganisation des urgences hospitalière.

Je regrette comme vous que nous ne disposions pas encore d’un outil efficace pour le découplage des professions de santé : entre le DMP, la clef USB et le dossier pharmaceutique, les patients s’y perdent.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, sénateur, rapporteur pour le Sénat. – Nos échanges me rassurent sur notre capacité à faire évoluer la loi, alors que nous examinerons l’an prochain le projet de loi relatif à la santé. Le Gouvernement l’emporte trop souvent, faisons en sorte de nous réapproprier nos prérogatives.

Après mes propos sur l’utilisation de la clef USB, j’ai reçu de nombreux avis favorables : ce dispositif pourrait réduire de façon appréciable la redondance des soins. Si nous devons travailler à la régulation des urgences, il faut commencer par le système des soins de ville. Les numéros d’appel dédiés donnent des résultats satisfaisants, certaines localités ont créé des maisons médicales de garde... Qu’attend-t-on pour négocier avec les syndicats de médecins la généralisation de telles solutions ? Une consultation en amont des urgences revient, même de nuit, 60 euros, contre 240 aux urgences. L’accès aux soins en serait facilité, avec une prise en considération du patient au moins aussi bonne qu’à l’hôpital.

Mme Bérengère Poletti et M. Jean-Pierre Door, députés. – C’est un problème de démographie médicale.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, sénateur, rapporteur pour le Sénat. – Les syndicats sont loin de s’opposer à cette proposition, du moins leurs représentants locaux, à défaut des secrétariats nationaux.

Quant à l’objectif de justice en matière d’allocations familiales, pourquoi ne pas les avoir tout simplement fiscalisées ? Beaucoup d’entre nous n’y étaient pas opposés. Au lieu d’une mesure de justice, le Gouvernement ne nous propose qu’une mesure d’économie qui n’aura pas les résultats qu’il en attend.

M. Alain Milon, président. – Au terme de cette discussion, il me semble que nous pouvons constater l’impossibilité d’aboutir à un texte commun.

La commission mixte paritaire constate qu’elle ne peut parvenir à élaborer un texte commun sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat
<p align="center">Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013</p>	<p align="center">Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013</p>
<p align="center">DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014</p>	<p align="center">DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014</p>
<p align="center">Article 3</p>	<p align="center">Article 3</p>
<p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} est complété par une section 3 ainsi rédigée :</p> <p>« <i>Section 3</i></p> <p>« <i>Contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C</i></p> <p>« <i>Art. L. 138-19-1.</i> – 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.</p> <p>« 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.</p> <p>« <i>Art. L. 138-19-2.</i> – L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et après déduction de la part du chiffre d'affaires afférente à chaque médicament figurant sur la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes correspondant est inférieur à 10 % de W.</p> <p>« 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</p>	

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article.

« 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, exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée
S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10 %	50 %
S supérieur à W + 10 % et inférieur ou égal à W + 20 %	60 %
S supérieur à W + 20 %	70 %

« 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.

« 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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-19-1 s'entend de ce groupe.

« 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 est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l'article L. 162-18.

« 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

... ou égales à 80 % du montant ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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.

... 2014 et 2015. Le ...
.... 15 octobre 2015, un

Article 5

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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° *(Supprimé)*

6° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, qui sont nulles en application du II du présent article.

I bis (nouveau). – 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.

II. – 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.

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

IV. – 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. »

V. – Les II, III et IV s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2014.

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

TROISIÈME PARTIE
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À
L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015**
TITRE I^{ER}
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU
RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE**
CHAPITRE I^{ER}
**Rationalisation de certains prélèvements au regard de
leurs objectifs**

Article 7

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° Son 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° (*nouveau*) 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 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. – (*Supprimé*)

Texte adopté par le Sénat

—

TROISIÈME PARTIE
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À
L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015**
TITRE I^{ER}
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU
RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE**
CHAPITRE I^{ER}
**Rationalisation de certains prélèvements au regard de
leurs objectifs**

Article 7

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

C. – 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. » ;

D. – À la première phrase des 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, les mots : « déterminés en application des dispositions des I et III du même article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au 1° du III de l'article L. 136-8 » ;

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

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

1° et 2° (*Supprimés*)

3° Après le mot : « personnes », la fin du III est ainsi rédigée : « dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts :

« 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. » ;

G. – Après le mot : « arrondies », la fin de la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 137-11-1 est ainsi rédigée : « à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. » ;

H. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 241-3, la référence : « L. 131-1 » est remplacée par la référence : « L. 135-1 » ;

I. – Au premier alinéa du II de l'article L. 242-13, les mots : « , selon les principes fixés par l'article L. 136-2 et par le premier » sont remplacés par les mots : « selon les modalités prévues au deuxième » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

J. – 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 I du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} » ;

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

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

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

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

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. – Au 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.

Texte adopté par le Sénat

O (nouveau). – Au second alinéa de l'article L. 611-20, les mots : « , y compris aux pensionnés ou aux allocataires dont les cotisations sont précomptées dans les conditions déterminées à l'article L. 612-9, » sont supprimés ;

P (nouveau). – Au début du quatrième alinéa de l'article L. 613-8, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 612-9, » sont supprimés.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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 le deuxième alinéa du présent 21° n'est pas applicable, 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. »

I bis (nouveau). – 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°. »

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

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

Texte adopté par le Sénat

Article 8

Supprimé

Article 8 bis A (nouveau)

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

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Sont exonérées de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales, de la

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 8 bis

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 4° de l'article L. 613-2, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est abrogé ;

4° Le second alinéa de l'article L. 613-4, dans sa

Texte adopté par le Sénat

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

2° Est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'exonération des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, mentionnée au premier alinéa du présent III ne peut excéder un taux fixé dans les conditions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 241-5 du présent code. »

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

Article 8 bis

3° (Supprimé)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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. » ;

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

6° Le deuxième alinéa de l'article L. 613-7, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi rédigé :

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

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

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 ;

8° L'article L. 622-10, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est abrogé ;

9° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 161-1-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée, est ainsi rédigée :

« 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. » ;

10° Au début du III de l'article L. 325-1, les mots : « Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-6, » sont supprimés.

II. – 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.

III. – 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 III, les 7° et 9° 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

8° (*Supprimé*)

I bis (nouveau). – Le I de l'article 25 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 précitée est ainsi modifié :

1° Le quatrième alinéa du 9° est supprimé ;

2° Le 12° est abrogé.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

1^{er} janvier 2016.

Article 8 ter

Article 8 ter

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

I. – Le I ...

« 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° ;

de 1,50 € ;

... à hauteur

« 2° Des cotisations de sécurité sociale, à hauteur de 1,50 €, pour les salariés à domicile employés par 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 ;

« 2° (*Supprimé*)

« 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. »

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

Article 9

Article 9

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

1° La sous-section 1 de la section 1 du chapitre I^{er} 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

... section 1 du *chapitre II* du ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

cotisations ne peuvent excéder celles dues au niveau du salaire minimum de croissance à plein temps.

« 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 leur application ne conduise pas à une diminution de plus de 30 % du montant qui serait dû en l'absence de telles cotisations forfaitaires. » ;

2° (*nouveau*) 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° (*nouveau*) La dernière phrase du 1° de l'article L. 241-6 est supprimée.

II (*nouveau*). – 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 (*nouveau*). – 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 10

I. – Le chapitre VIII du titre III du livre Ier 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 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,

Texte adopté par le Sénat

... que la base de calcul des cotisations soit au moins égale à 70 % de la rémunération. » ;

Article 10

... aux articles []

L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la part du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments destinés au traitement de l'affection chronique par le virus de l'hépatite C supérieure au montant W prévu par l'article L. 138-19-1, a évolué ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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'affaire 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 de l'article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article.

« *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, exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée
--	---

Texte adopté par le Sénat

... aux articles [] L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 *et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1*, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

... aux articles [] L. 162-16-5-1 et L. 162-18 *et de la part du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments destinés au traitement de l'affection chronique par le virus de l'hépatite C supérieure au montant W prévu à l'article L. 138-19-1.*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

« *Art. L. 138-14.* – Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-10 s'entend de ce groupe.

« 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 est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l'article L. 162-18.

« 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.

III bis (nouveau). – Au 2° 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, ».

... est fixé à 0 %.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

IV. – L'article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale 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. »

V. – 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 11

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

1° L'article 1600-0 O est abrogé ;

2° L'article 1600-0 Q est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du I 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 » ;

Texte adopté par le Sénat

VI (nouveau). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de l'exclusion de l'assiette de calcul de la contribution L de la part du chiffre d'affaires déjà taxée au titre de la contribution W prévue à l'article L. 138-19-1 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.

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

VIII (nouveau). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la fixation du taux L à 0 % est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 11

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

b) Au second alinéa du même I, 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 » ;

c) 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 » ;

d) Au premier alinéa du III, 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 » ;

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

f) 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 » ;

3° 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 effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement de ces contributions dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces contributions. » ;

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 un II ainsi rédigé :

« II. – La déclaration prévue au I est effectuée par voie

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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. 245-5-5-1. – I. – Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A du code général des impôts qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une contribution perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« 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 réalisées en France, au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due, de dispositifs mentionnés au II du présent article, hors taxe sur la valeur ajoutée.

« 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 à connaître en

« 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.*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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 en vigueur avant la publication de 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 réalisées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 12

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

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

2^{o bis} (nouveau) Au septième alinéa de l'article L. 376-1 et au cinquième alinéa de l'article L. 454-1, après le mot : « caisse », sont insérés les mots : « et, le cas échéant, l'organisme d'assurance maladie complémentaire

Texte adopté par le Sénat

... dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeure ...

Article 12

2^{o bis} (Supprimé)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

concerné » ;

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

4° 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. » ;

5° 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. » ;

6° 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. » ;

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

« *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. » ;

8° 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.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Article 12 bis

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

1° Le troisième alinéa de l'article L. 131-6 est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Sont également pris en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, pour leur montant excédant 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant qu'ils détiennent en pleine propriété ou en usufruit :

« 1° Les revenus définis aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur indépendant

Texte adopté par le Sénat

—

Article 12 bis A (nouveau)

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

1° À la seconde phrase du 5° bis du II de l'article L. 136-2, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « cinq » ;

2° À la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 242-1, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « cinq ».

II. – Le 1° du I est applicable aux rentes versées à compter du 1^{er} janvier 2015. Le 2° du I est applicable aux versements, comptabilisations ou mentions réalisés à compter des exercices ouverts après le 31 décembre 2014.

Article 12 bis B (nouveau)

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 alinéa, 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 et aux versements, comptabilisations ou mentions réalisés à compter des exercices ouverts après le 31 décembre 2015.

Article 12 bis C (nouveau)

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 12 bis

(Supprimé)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou ses enfants mineurs non émancipés ainsi que les revenus mentionnés au 4° de l'article 124 du même code perçus par ces mêmes personnes ;

« 2° En cas d'exercice de l'activité sous la forme d'une société passible de l'impôt sur le revenu, la part du revenu provenant de cette activité et soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux qui est perçue, lorsqu'ils sont associés de la société, par le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par les enfants mineurs non émancipés du travailleur indépendant non agricole.

« Un décret en Conseil d'État précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social, ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant mentionnées au troisième alinéa du présent article. » ;

2° La sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II est complétée par un article L. 242-4-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 242-4-5. – I. –* Sont considérés comme une rémunération, au sens de l'article L. 242-1, dans les conditions fixées aux troisième à sixième alinéas de l'article L. 131-6, les revenus définis au même article L. 131-6 qui sont perçus par les personnes mentionnées au II du présent article ou par leur conjoint ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité ou par leurs enfants mineurs non émancipés.

« II. – Le I s'applique aux personnes mentionnées aux 12° ou 23° de l'article L. 311-3 qui possèdent ensemble plus de la moitié du capital social, étant entendu que les actions appartenant, en toute propriété ou en usufruit, à leur conjoint ou au partenaire auquel elles sont liées par un pacte civil de solidarité et à leurs enfants mineurs non émancipés sont considérées comme possédées par elles. »

II. – L'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application de l'article L. 242-4-5 du code de la sécurité sociale au régime de protection sociale des salariés agricoles, les références aux troisième à sixième alinéas de l'article L. 131-6 du même code sont remplacées par les références aux cinquième à huitième alinéas de l'article L. 731-14 du présent code, les références aux 1° et 2° du même article L. 131-6 sont remplacées par les références aux *a* et *b* du 4° du même article L. 731-14 et les références aux 12° et 23° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale sont remplacées par les références aux 8° et 9° de l'article L. 722-20 du présent code. »

III. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 12 ter A (nouveau)

I. – Les troisième et quatrième alinéas de l'article

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Article 12 ter

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 2015.

Article 12 quater

Le 10° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et de ceux mentionnés aux titres I^{er} et II de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale ».

Article 12 quinquies

À la troisième ligne des deux dernières colonnes du tableau du deuxième alinéa de l'article 575 A du code général des impôts, les taux : « 28 » et « 5 » sont remplacés, respectivement, par les taux : « 64,7 » et « 15 ».

Texte adopté par le Sénat

—

L.131-6 du code de la sécurité sociale sont supprimés.

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

Article 12 ter B (nouveau)

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

Article 12 ter

... 1^{er} janvier 2016

Article 12 quater

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

Article 12 quinquies

(Supprimé)

Article 12 sexies (nouveau)

I. – Les professionnels mentionnés au 7° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale exerçant leur activité dans les zones définies dans les conditions mentionnées à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, où l'offre de soins est déficitaire, sont exonérés d'une partie des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale.

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de la sécurité sociale du I ci-dessus est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

CHAPITRE II
Simplification du recouvrement

CHAPITRE II
Simplification du recouvrement

Article 13

Article 13

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 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° bis, 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) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le produit de la taxe est affecté aux départements, à l'exception de la 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. – Le 4° de l'article L. 131-8 est ainsi rédigé :

« 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au dernier alinéa de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ; »

aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

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

c) Après le 5° ter, il ...

d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« d) d'une fraction correspondant à un taux de 13,3 % du produit de la taxe au taux de 33 % et du produit de la taxe au taux de 15 % mentionnés au 5° quater, qui sont affectés dans les conditions prévues à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. »

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

a (nouveau) Le 3° est abrogé ;

b) Le 4° est ainsi rédigé :

« 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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 ;

C *bis* (nouveau). – 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 ; »

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

E. – 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) (nouveau) 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 :

dernier alinéa de l'article 1001 du code général des impôts dans sa rédaction résultant de l'article ... de la loi n° ... du ... de finances pour 2015 est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ; ».

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

« 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 pour 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.

« Ces mêmes garanties 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 (*nouveau*). – 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 auprès de l'organisme chargé du recouvrement de cette taxe dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à cette taxe. » ;

F (*nouveau*). – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1, les références : « 13° de l'article 995 et

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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 » ;

G (*nouveau*). – 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 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.

Texte adopté par le Sénat

II bis (nouveau). - *Le second alinéa du II de l'article 22 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est supprimé.*

Article 15

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 du temps de contrôle prévue au premier alinéa du présent article 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 ;

Article 15

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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

« 4° Un constat de comptabilité insuffisante ou 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.

« 1° et 2° (*Supprimés*) » ;

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 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.

« III *bis* (*nouveau*). – La transaction conclue est

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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 ce qui a fait l'objet de la transaction.

« IV. – Toute convention portant sur les éléments mentionnés aux 1° à 3° du II doit, à peine de nullité, respecter les conditions et la procédure fixées au présent article et les textes pris pour son application.

« V. – La transaction conclue par la personne physique mentionnée au premier alinéa du 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. Toutefois, 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° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre IV du titre II du livre VII est complétée par un article L. 724-7-1 ainsi rédigé :

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

2° 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

2° Le dernier alinéa de l'article L. 724-7 ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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. – Le I ainsi que les 1° et 2° du 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.

III. – A. – *Les 1° et 2° des I et II du présent article ...*

Article 16

Article 16

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° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. – ».

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.

3° bis (nouveau) Au quatrième alinéa, le mot : « ci-dessus » est remplacé par les mots : « du I du présent article » ;

4° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

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

b (nouveau)) Sont ajoutés les mots : « du I du présent article ».

CHAPITRE III

CHAPITRE III

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

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

Article 20

Article 20

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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 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. » ;

2° bis 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*). » ;

2° ter À l'article 17, les mots : « la caisse gestionnaire des prestations familiales à Mayotte » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article 19 de la présente ordonnance » ;

3° 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 instituée par l'article 22 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Un décret fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article. » ;

4° 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. » ;

... Un décret fixe [] les conditions d'application du présent article. . » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

2° L'article 22 est ainsi modifié :

a) Au II, le 2° 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 complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 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 respectivement 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 de l'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 aux organismes nationaux

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

du régime général concernés au titre de ce même exercice.

« 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.

« 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.

« VIII. – Un décret fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article. »

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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. – 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, ».

V. – Les réserves et le report à nouveau inscrits dans les comptes de la caisse de sécurité sociale de Mayotte au 1^{er} janvier 2015 au titre de la gestion des régimes, de 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.

VI. – 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.

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

Article 21

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 dispositions prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4, L. 241-13 et au second alinéa de l'article L. 242-11, dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2015 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées à ces mêmes articles, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1, dans sa rédaction résultant du 11° 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 % » ;

Texte adopté par le Sénat

III bis (nouveau). – Le XXIII de l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.

Article 21

... à l'article L. 651-1 [.] » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

b) À la fin du quatrième 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 au présent article 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 assis 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.

b) À la fin du *dernier* alinéa, ...

... mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code est fixée ...

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

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

Article 24

Article 24

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, 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

(En milliards
d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	191,0	197,0	-6,0
Vieillesse	222,7	224,0	-1,4
Famille	52,3	55,0	-2,7

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	466,2	476,6	-10,3

Article 25

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, 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 28

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2015 à 2018), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR
L'EXERCICE 2015
TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
D'ASSURANCE MALADIE
CHAPITRE I^{ER}
Amélioration de l'accès aux soins et aux droits

Texte adopté par le Sénat

Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,5	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	466,1	476,0	-10,1

Article 25

(En milliards d'euros)

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

Article 28

(Supprimé)

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR
L'EXERCICE 2015
TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
D'ASSURANCE MALADIE
CHAPITRE I^{ER}
Amélioration de l'accès aux soins et aux droits

Article 29 bis A (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2015, un rapport :

1° Sur les contrats d'accès aux soins, en détaillant la proportion de médecins signataires par grandes régions,

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 29 bis

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 la déduction prévue à l'article L. 863-2 ».

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

Article 29 bis

(Supprimé)

principales spécialités et distribution des dépassements ;

2° Sur les dépassements d'honoraires des médecins, en les détaillant par grandes régions et principales spécialités, en fréquences, montants et distribution ;

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

CHAPITRE II
Promotion de la prévention

Article 33

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

1° A (*nouveau*) 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 » ;

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

2° 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

CHAPITRE II
Promotion de la prévention

Article 33

Texte adopté par l'Assemblée nationale

ou non, selon le choix exprimé par l'utilisateur au moment de son accueil. En cas de nécessité thérapeutique ou à la demande de l'utilisateur, le médecin peut procéder à la levée de l'anonymat initialement choisi par l'utilisateur, 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. » ;

3° L'article L. 3121-2-1 est abrogé.

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 consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou habilités en tant que centres 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,

Texte adopté par le Sénat

4° (nouveau) 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." »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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, dans sa rédaction en vigueur avant la présente loi, 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 34

Article 34

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 deux alinéas ainsi rédigés :

« Les dépenses afférentes aux vaccins sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, dans les conditions prévues au titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles et selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.

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

... par *trois* alinéas

ainsi rédigés :

« *L'assurance maladie procède à l'acquisition des vaccins administrés dans les conditions prévues par le*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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

a) Au second alinéa, après les mots : « au suivi médical », sont insérés les mots : « , au vaccin » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 35

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 9° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 10° ainsi rédigé :

« 10° De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique. »

CHAPITRE III

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

Article 36

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

1° La sous-section 3 de la section 5 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 sous la forme d'un score calculé

présent article. » ;

Article 35

... il est inséré un 11° ainsi rédigé :

« 11° De ...

CHAPITRE III

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

Article 36

... mesurés [] chaque année par établissement.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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 du score sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

2° La sous-section 4 de la même section 5 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 (*nouveau*). – 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. »

Texte adopté par le Sénat

... complémentaire. *Ces critères sont élaborés sur la base de référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins établis par la Haute Autorité de santé.* La ...

... calcul par établissement sont ...

... des soins établis par la Haute Autorité de santé est ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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 40

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 et des pertes 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° L'article L. 1435-9 est ainsi modifié :

a) Au *a*, après le mot : « maladies », sont insérés les mots : « , des traumatismes » ;

b) Au *b*, les mots : « des handicaps et de la perte » sont remplacés par les mots : « des pertes » ;

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

« Les crédits du fonds, délégués aux agences

Article 40

... des traumatismes, du *handicap* et de la *perte d'autonomie* ;

b) (Supprimé)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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

III. – *Le I et les 2° et 3° du II ...*

CHAPITRE IV

Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

Article 42

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 de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six

CHAPITRE IV

Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

Article 42

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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.

« Ce plan d'actions précise également les critères retenus pour identifier les établissements de santé faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins prévu au II du présent article et ceux faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable définie à l'article

Texte adopté par le Sénat

« Des actions prioritaires sont définies par le plan d'actions pour chacun des domaines suivants : les soins de ville, les relations entre les soins de ville et les prises en charge hospitalières, les prises en charge hospitalières.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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 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.

« Le contrat comporte, en outre, des objectifs quantitatifs lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, procède à l'une des constatations suivantes :

« 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 reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« En cas de refus par un établissement de santé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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 l'atteinte des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins. »

Article 43 ter

I. – Le code de la santé publique 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

Article 43 ter

(Supprimé)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

l'article L. 5125-23-3 ou de l'article L. 5125-23-4 ».

Article 44

Article 44

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.

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

Les conditions de l'expérimentation, et notamment la détermination des prestations d'hospitalisation concernées, sont fixées par décret.

Article 45 bis (nouveau)

L'article L. 1112-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

b) La deuxième phrase est supprimée ;

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

« II. – Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient.

« Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations mentionnées au premier alinéa du I.

« Ces praticiens sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient.

« La lettre de liaison mentionnée au troisième alinéa du présent II est, dans le respect des exigences prévues aux

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

CHAPITRE V

Paiement des produits de santé à leur juste prix

CHAPITRE V

Paiement des produits de santé à leur juste prix

Article 47

I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale 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 : « est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au » sont remplacés par les mots : « est fixé par convention entre l'entreprise et le » ;

– 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. – Au 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

quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2, remise au patient ou à la personne de confiance au moment de sa sortie.

« Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée aux praticiens concernés. » ;

3° Au début du cinquième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – ».

Article 47

B. – À la première phrase du premier ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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 code de la sécurité sociale, 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.

Texte adopté par le Sénat

Article 47 bis (nouveau)

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

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

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

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

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

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

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

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

b) À la dernière phrase, les mots : « l'amélioration du

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

service médical rendu » sont remplacés par les mots : « *l'intérêt thérapeutique relatif* » ;

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

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

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

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

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

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 47 ter (nouveau)

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

Article 47 quater (nouveau)

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

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

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

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

a) À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « *sur une liste établie* », sont insérés les mots : « *après avis de la commission mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ainsi que, le cas échéant, de la commission mentionnée au quatorzième alinéa de l'article L. 161-37 du présent code,* » ;

b) Au troisième alinéa, le mot : « *à* » est remplacé par les mots : « *au premier alinéa de* » ;

2° L'article L. 165-1 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « *commission* »,

Texte adopté par l'Assemblée nationale

CHAPITRE VI
Amélioration de l'efficacité de la dépense des établissements de santé

Article 48

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, ».

Texte adopté par le Sénat

sont insérés les mots : « mentionnée au premier alinéa ».

CHAPITRE VI
Amélioration de l'efficacité de la dépense des établissements de santé

Article 48

... L. 162-22-1. Elle distingue, par activité de soins, d'une part, l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente et, d'autre part, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours.

Article 49 bis (nouveau)

Hormis les cas de congé de longue maladie, de congé de longue durée ou si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

CHAPITRE VII
Autres mesures

CHAPITRE VII
Autres mesures

Article 51

Article 51

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 livre I^{er} de la cinquième partie ; »

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 :

« a) De cession des produits sanguins labiles, à l'exception des plasmas à finalité transfusionnelle ;

« b) 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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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 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 et 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. » ;

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. »

... du sang ou de ses ...

« b) Le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel à condition de respecter le régime applicable aux médicaments dérivés du sang, en obtenant une autorisation de mise sur le marché qui respecte l'article L. 5121-11 du code de la santé publique, en respectant 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. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 53

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. – 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 les mots : « imputés sur », la fin est ainsi rédigée : « les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. »

Texte adopté par le Sénat

Article 52 bis (nouveau)

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

Article 53

V. – *(Supprimé)*

Article 53 bis A (nouveau)

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

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Article 53 bis

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la fiscalité applicable aux établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, étudiant notamment l'opportunité d'appliquer à ces établissements, lorsqu'ils sont publics, la taxe sur la valeur ajoutée applicable aux prestations en matière d'hébergement et de dépendance.

Article 53 ter

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un

Texte adopté par le Sénat

—

Article 53 bis B (nouveau)

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

Article 53 bis C (nouveau)

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

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

« Les modalités d'application de cet article sont fixées par décret. »

Article 53 bis D (nouveau)

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

Article 53 bis E (nouveau)

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

Article 53 bis

(Supprimé)

Article 53 ter

(Supprimé)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

rapport d'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus depuis 2008 avec les établissements et services du secteur social et médico-social.

Article 54

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 55

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 DÉPENSES
D'ASSURANCE VIEILLESSE**

Texte adopté par le Sénat

Article 54

... à 197,0 milliards d'euros ;

... à 172,8 milliards d'euros.

Article 55

(En milliards d'euros)

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

**TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
D'ASSURANCE VIEILLESSE**

Article 56 A (nouveau)

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

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 56

Par dérogation aux conditions prévues au I de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, les périodes passées entre le 18 mars 1962 et le 31 décembre 1975 dans les camps militaires de transit et d'hébergement par les assurés, alors qu'ils étaient âgés de 16 à 21 ans, qui sont enfants des anciens harkis, moghaznis et personnels des diverses formations supplétives de statut civil de droit local ayant servi en Algérie et fixé leur domicile en France, sont prises en compte par le régime général d'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations prévu au premier alinéa du I du même article L. 351-14-1, diminué d'une réduction forfaitaire prise en charge par l'État dans des conditions et limites fixées par décret.

Le nombre de trimestres d'assurance attribués en application du présent article est limité à quatre, sans que le total des trimestres acquis à ce titre et, le cas échéant, en application dudit article L. 351 14 1 n'excède le plafond fixé au premier alinéa du I du même article.

TITRE III

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

Article 56 B (nouveau)

3° Au dernier alinéa, l'année : « 1954 » est remplacée par l'année : « 1958 » ;

4° Il est ajouté un 3° ainsi rédigé :

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

Afin d'assurer la pérennité financière et l'équilibre entre les générations du système de retraites par répartition, ainsi que son équité et sa transparence, une réforme systémique est mise en œuvre à compter du premier semestre 2017.

Elle institue un régime universel par points ou en comptes notionnels sur la base du septième rapport du Conseil d'orientation des retraites du 27 janvier 2010.

Le Gouvernement organise une conférence sociale et un débat national sur cette réforme systémique au premier semestre 2015.

Article 56

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

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 de l'article L. 351-14-1, diminué d'une réduction forfaitaire prise en charge par l'État dans des conditions et limites fixées par décret.

TITRE III

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

Article 61 A

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 sont révisés conformément à l'évolution annuelle de l'indice des prix à la consommation, hors tabac.

« Un complément dégressif à l'allocation 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. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2015.

Texte adopté par le Sénat

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

Article 61 AA (nouveau)

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

Article 61 A

(Supprimé)

Article 61 B (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le quatrième alinéa de l'article L. 521-2 est ainsi modifié :

a) À la dernière phrase, après le mot : « général », sont insérés les mots : « au vu d'un rapport établi par le service d'aide sociale à l'enfance » et après le mot : « maintenir », est inséré le mot : « partiellement » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« À compter du quatrième mois suivant la décision du juge, le montant de ce versement ne peut excéder 35 % de la part des allocations familiales dues pour cet enfant. » ;

2° Après le deuxième alinéa de l'article L. 543-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un enfant est confié au service d'aide sociale à l'enfance, l'allocation de rentrée scolaire due à la famille pour cet enfant est versée à ce service. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 62

Article 62

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

... à 55 milliards d'euros.

TITRE V

TITRE V

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

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

TITRE VI

TITRE VI

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

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

Article 65

Article 65

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, 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 caisses d'allocation familiales et des caisses d'assurance retraite et de santé au travail, 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 (*nouveau*). – L'article L. 114-18 du code de la sécurité sociale 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

1° (*Supprimé*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

mois et d'une amende de 15 000 € ou seulement de l'une de ces deux peines. »

Article 66

I. – L'article L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale 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.

Texte adopté par le Sénat

... amende de 30 000 €. »

Article 66

... transmettent dans un délai de sept jours ouvrables les informations ...

Article 66 bis (nouveau)

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

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

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

Article 66 ter (nouveau)

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

des cotisations. »

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

Article 69

Article 69

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 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. »

1° bis (nouveau) À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7-6, le taux : « 10 % » est remplacé par le taux : « 20 % » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 243-7-7, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 40 % ».

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015

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

Texte adopté par le Sénat

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015

ANNEXE A

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

ANNEXE B

Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, 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 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 en 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

ANNEXE B

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

(Supprimé)

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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

(En %)

	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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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 dans la 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 en partie rectificative 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 VHC.

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'économie 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'accroître 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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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 placé 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 est-il 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 leur congé de maternité.

Texte adopté par le Sénat

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

En 2015, les dépenses d'assurance vieillesse connaissent par ailleurs une évolution modérée due au faible niveau d'inflation, la règle de revalorisation des pensions étant en effet construite sur la base de 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 en loi de financement et sera ramené à 1,3 % à la suite des mesures prises et en neutralisant le transfert du financement de l'aide personnalisée au logement à l'État.

L'impact de ces mesures d'économies – rendues nécessaires par l'impératif de redressement de la branche Famille – sur les ménages 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 700 € pour un couple, s'impute automatiquement sur l'impôt sur le revenu dû par les contribuables. 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 6 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 financières 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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

financières 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 portée par le présent projet de loi des modalités de prélèvement des cotisations et contributions sociales dues au titre de 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 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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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 de l'ensemble 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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

obligatoires de base de sécurité sociale
Exercice 2015

(En milliards d'euros)

	Mala die	Vieille sse	Fami lle	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Régi mes 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)

	Mala die	Vieille sse	Famil le	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Régi me 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

Texte adopté par le Sénat

obligatoires de base de sécurité sociale
Exercice 2015

(En milliards d'euros)

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

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

II. – Recettes, par catégorie et par branche, du régime général de sécurité sociale
Exercice 2015

(En milliards d'euros)

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

de sécurité sociale
Exercice 2015

de sécurité sociale
(Non modifié)

(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