

N°  
**S É N A T**

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

**ATTENTION**

**DOCUMENT PROVISOIRE**

*Seule l'impression définitive a valeur de texte authentique*

**PROJET DE LOI**

*de financement de la sécurité sociale pour 2016.*

---

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale (14<sup>ème</sup> législ.) :** 3106, 3129, 3127 et T.A. 600.

**Sénat :** 128 et 134 (2015-2016).

PREMIÈRE PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014

**Articles 1<sup>er</sup> et 2**

*(Conformes)*

DEUXIÈME PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015

**Article 3**

*(Conforme)*

**Article 4**

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

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

*a)* Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine 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, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus d'un taux (L), déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux mêmes articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution. » ;

*b)* Le 1° est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

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

b) Le second alinéa est ainsi modifié :

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

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

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

a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

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

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

a) Au premier alinéa, le mois : « juin » est remplacé par le mois : « juillet » ;

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

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

c) Au dernier alinéa, le mois : « mars » est remplacé par le mois : « avril » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, après les deux occurrences de la référence :

« L. 162-16-5-1 », est insérée la référence : « , L. 162-17-5 » ;

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

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

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

a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

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

II. – *(Non modifié)*

III *(nouveau)*. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La section 3 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> est abrogée ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 138-10, dans sa rédaction résultant du I du présent article, (deux fois) et à l'article L. 138-11, la référence : « L. 138-19-4 » et les mots : « et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1 » sont supprimés ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, la référence : « L. 138-19-1 » est supprimée ;

4° Au troisième alinéa de l'article L. 162-17-4, la référence : « L. 138-19-4 » est supprimée.

IV *(nouveau)*. – Le III entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

V *(nouveau)*. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

## **Articles 5 et 6**

*(Conformes)*

### TROISIÈME PARTIE

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

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

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

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

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

##### Article 7

*(Conforme)*

##### Article 7 bis

*(Supprimé)*

##### Article 8

*(Conforme)*

##### Article 9

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

1° Le A du III est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

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

– à la fin de la même deuxième phrase, les mots : « à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale à la charge de l'employeur à l'exception des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles » ;

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

b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Pour les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail et occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur à l'exception des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce

seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur à l'exception des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au-delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 130 %. » ;

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

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

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

3° Le IV est ainsi modifié :

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

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

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

4° Le VIII est ainsi rédigé :

« VIII. – Lorsque les exonérations mentionnées aux III et IV sont dégressives, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du coefficient de dégressivité retenu pour cette formule est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. »

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

#### **Article 9 bis (nouveau)**

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

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

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

#### **Article 9 ter (nouveau)**

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

1° Au 1°, le montant : « 0,75 » est remplacé par le montant : « 1,50 » et la référence : « aux 2° et » est remplacée par le mot : « au » ;

2° Le 2° est abrogé.

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

#### **Article 9 quater (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 fixées à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, où l'offre de soins est déficitaire, sont exonérés d'une partie des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale.

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

## Article 10

*(Suppression conforme)*

## Article 10 bis (nouveau)

I. – À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « cinq années » sont remplacés par les mots : « six années ».

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la majoration des taux des contributions sociales mentionnés à l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

## CHAPITRE II

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

## Article 11

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

« Art. L. 133-4-8. – I. – En cas de non-respect des règles d'exclusion de l'assiette des cotisations mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1, le redressement porte sur le montant, dûment justifié par l'employeur, des contributions qu'il aurait dû verser au titre des salariés concernés par le redressement.

« Le redressement est fixé à :

« 1° Une fois et demie ce montant dans le cas où l'employeur n'est pas en mesure de produire les justificatifs nécessaires ;

« 2° Trois fois ce montant dans les autres cas.

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

« II. – Le I du présent article n'est pas applicable :

« 1° En cas de non-respect des règles d'ancienneté ;

« 2° Lorsque les salariés concernés sont les cadres dirigeants de l'entreprise ou des salariés dont la rémunération est supérieure à huit fois le plafond de la sécurité sociale ;

« 3° Lorsque l'irrégularité constatée a déjà fait l'objet d'une observation lors d'un précédent contrôle ;



« 4° Lorsque le redressement procède d'un cas d'octroi d'avantage personnel ou d'une discrimination, au sens de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations ;

« 5° Lorsqu'a été établie, au cours des cinq années précédant l'année où est initié le contrôle :

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

« b) Une situation d'obstacle à contrôle, mentionné à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

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

« L'agent chargé du contrôle en informe l'employeur, en justifiant sa décision dans le cadre de la procédure de contrôle.

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

II. – *(Non modifié)*

#### **Article 11 bis (nouveau)**

I. – Après le troisième alinéa de l'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ce taux est également fixé à 8 % pour les versements annuels aux plans d'épargne salariale mentionnés au titre III du livre III de la troisième partie du code du travail effectués par les entreprises qui ne sont pas soumises à l'obligation de mettre en place un dispositif de participation des salariés aux résultats de l'entreprise prévue à l'article L. 3322-2 du même code et qui ouvrent pour la première fois à leurs salariés la possibilité de participer à de tels plans. »

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 11 ter (nouveau)**

I. – La section 4 du chapitre 3 du titre 4 du livre 2 du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 243-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 243-13-1. – En cas de création ou de modification d'un nouveau dispositif ou de

nouvelles obligations pour le cotisant ou encore de modification du système existant, et dès lors que l'erreur du cotisant a été commise de bonne foi dans l'année qui suit la mise en application desdits dispositifs ou obligations, aucun redressement n'est opéré pendant cette période si le redressement porte sur une somme inférieure à un montant fixé par décret. L'organisme de recouvrement adresse alors au cotisant ses observations en lui demandant de régulariser sa situation pour l'avenir et dans un délai restreint. Passé ce délai, le cotisant est informé qu'un redressement sera opéré. »

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 11 quater (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 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 12**

*(Supprimé)*

### **Article 13**

*(Conforme)*

### **Article 14**

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

1° Au début du premier alinéa, sont ajoutés les mots : « Sur simple demande adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du présent code, » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La demande mentionnée au premier alinéa du présent I est adressée au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle pour laquelle le régime prévu au présent article doit

être appliqué ou, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de cette création. Elle s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions. »

### **Article 14 bis**

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

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

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

2° Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre II est complété par un article L. 213-4 ainsi rédigé :

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

3° L'article L. 241-6-2, dans sa rédaction résultant de l'article 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 précitée, est abrogé ;

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

II et III. – *(Non modifiés)*

### **Article 14 ter**

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

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

cette obligation a été constaté lors d'un précédent contrôle au cours des six années civiles précédentes, la pénalité est plafonnée à un montant équivalent à 100 % des exonérations de cotisations sociales mentionnées à l'article L. 241-13 du même code au titre des rémunérations versées chaque année où le manquement est constaté, sur une période ne pouvant excéder trois années consécutives comprenant l'année du contrôle.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. – Les I à V du présent article s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## Articles 14 *quater* à 14 *sexies*

(Conformes)

### Article 14 *septies*

I. – Les deuxième et dernier alinéas du 6° du I de l'article 26 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« “Art. L. 613-7-1. – Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, les personnes mentionnées aux articles L. 613-7 et L. 842-1 du présent code et à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles sont redevables des cotisations et contributions de sécurité sociale sans application des montants minimaux de cotisations prévus, pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, au deuxième alinéa des articles L. 612-13 et L. 633-10, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 635-1 et au dernier alinéa de l'article L. 635-5 du présent code et, pour les professions libérales, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, aux articles L. 644-1 et L. 644-2 du présent code.” ; ».

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

II. – (*Non modifié*)

*II bis (nouveau).* – Les 4° et 5° de l'article L. 5141-1 du code du travail sont ainsi rétablis :

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

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

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

### Article 14 *octies*

(Conforme)

### Article 14 *nonies (nouveau)*

I. – Les troisième et avant-dernier alinéas de l'article 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 14 *decies* (nouveau)**

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités de gestion et de prise en charge des travailleurs indépendants par la caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy.

## CHAPITRE III

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

#### **Article 15**

I A (*nouveau*). – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 136-6 est ainsi modifié :

a) Le I *bis* est abrogé ;

b) À la première phrase du premier alinéa du III, le mot : « à » est remplacé par le mot : « et » ;

2° L'article L. 136-7 est ainsi modifié :

a) Le I *bis* est abrogé ;

b) Le deuxième alinéa du 1 du VI est supprimé ;

3° La deuxième phrase de l'article L. 245-14 est supprimée ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 245-15, la deuxième occurrence du mot : « à » est remplacée par le mot : « et ».

I B (*nouveau*). – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :

1° La seconde phrase du premier alinéa du I de l'article 15 est supprimée ;

2° À la première phrase du I de l'article 16, les références : « aux I et I *bis* » sont remplacées par la référence : « au I ».

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

A. – Après la référence : « L. 242-11 », la fin du dernier alinéa de l'article L. 131-7 est ainsi rédigée : « ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée au premier alinéa de

l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3, dans leur rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2016. » ;

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

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, le taux : « 53,5 % » est remplacé par le taux : « 61,1 % » ;

b) Au troisième alinéa, le taux : « 18 % » est remplacé par le taux : « 19,2 % » ;

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

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

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

2° Le 7° est ainsi modifié :

a) Au *b*, le taux : « 8,97 % » est remplacé par le taux : « 9,19 % » ;

b) Au *f*, les mots : « , aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau et de la Régie autonome des transports parisiens » sont supprimés et le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,38 % » ;

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

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

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

« I. – La première section retrace :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« 10° (*Supprimé*)

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

« II. – La deuxième section retrace :

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



« 2° La prise en charge des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales des majorations de pensions pour conjoint à charge.

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

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

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

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

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

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

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

« Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale.

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

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

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

« 3° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

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

travail ;

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

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

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

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

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

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

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

1° Le IV est ainsi modifié :

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

b) Au 1°, le taux : « 0,87 % » est remplacé par le taux : « 0,85 % » ;

c) Les 2° et 3° sont abrogés ;

d) Le 4° est ainsi modifié :

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

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

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

– le c est abrogé ;

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

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

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

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

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

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

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

3° Le V est ainsi modifié :

*a)* Les 2° et 3° sont abrogés ;

*b)* Le 4° est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

1° Le deuxième alinéa est supprimé ;

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

3° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

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

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

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

2° Le 3° est abrogé.

II. – *(Non modifié)*

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

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

1° Le 3° est ainsi rédigé :

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

2° Le 4° est abrogé ;

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

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

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

3° Le dernier alinéa du III est supprimé ;

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

5° *(nouveau)* Au premier alinéa du VI, les références : « , 3° et 4° » sont remplacées par la référence : « et 3° ».

IV et V. – *(Non modifiés)*

VI. – L'article 2 et le 5° de l'article 4 de l'ordonnance n° 2015-896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sont abrogés.

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

VII *bis* *(nouveau)*. – Les II et III de l'article 87 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 sont abrogés.

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

VIII. – *(Non modifié)*

IX (*nouveau*). – Les 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> du I A et le 1<sup>o</sup> du I B s'appliquent aux revenus perçus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

X (*nouveau*). – Les 2<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> du I A et le 2<sup>o</sup> du I B s'appliquent aux plus-values réalisées au titre des cessions intervenues à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

XI (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la suppression de l'assujettissement aux prélèvements des revenus du patrimoine et des produits de placement 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.

### **Articles 16, 17 et 17 bis**

*(Conformes)*

#### CHAPITRE IV

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

#### **Article 18 A**

I à III. – *(Non modifiés)*

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

#### **Article 18 B**

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

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

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

#### **Article 18**

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

1<sup>o</sup> Les salariés et anciens salariés [ ] du grand port maritime de Bordeaux, ainsi que leurs ayants droit, sont, pour les risques maladie, maternité et décès antérieurement couverts par le régime spécial du grand port maritime de Bordeaux, affiliés ou pris en charge, à l'exception

des prestations en espèces prévues aux articles L. 321-1 et L. 331-3 du code de la sécurité sociale, par le régime général de sécurité sociale, dans la limite des règles qui lui sont propres. Le premier alinéa de l'article L. 131-9 du même code leur est applicable ;

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

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

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

Les organisations syndicales représentatives des salariés du grand port maritime de Bordeaux sont également consultées sur les modalités de gestion des prestations servies aux salariés du grand port maritime de Bordeaux, ainsi que sur la situation des salariés de la Caisse de prévoyance du port de Bordeaux. Les salariés de la Caisse de prévoyance du port de Bordeaux dont l'emploi ne serait pas maintenu compte tenu du transfert du régime spécial mentionné au I au régime général sont réintégrés au sein du grand port maritime de Bordeaux. À leur demande, leur contrat de travail peut être repris par la caisse primaire d'assurance maladie de Gironde.

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

## Article 19

*(Supprimé)*

## Article 20

I. – *(Non modifié)*

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

A. – Les deux premiers alinéas de l'article L. 221-1 sont ainsi rédigés :

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

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

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

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

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

3° L'article L. 241-1 est abrogé ;

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

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

« I. – La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1, des prestations mentionnées aux titres II à IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées aux II à IV du présent article, centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations.

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

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

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

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

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

b) Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés ;

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

d) Le 8° est ainsi rédigé :

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

e) Il est ajouté un 9° ainsi rédigé :

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

4° *bis* Au 1° de l'article L. 242-10, les mots : « deuxième alinéa » sont remplacés par la référence : « 1° du III » ;

5° La sous-section 2 devient la section 1 *bis* et son intitulé est ainsi rédigé : « Vieillesse – Veuvage ».

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

A. – L'article L. 380-1 est abrogé ;

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

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

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

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

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

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



plafond mentionné au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « un plafond fixé par décret » ;

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

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

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

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

6° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« 2° Être âgé de moins de vingt ans sur la totalité de la période mentionnée au premier

alinéa du présent article ;

« 3° Exercer une activité professionnelle. »

III bis à X. – *(Non modifiés)*

## CHAPITRE V

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

#### **Article 21**

*(Supprimé)*

#### **Article 21 bis (nouveau)**

I. – La première phrase du premier alinéa de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « pour les personnes âgées de moins de soixante-cinq ans et de 42 % pour les personnes âgées de soixante-cinq ans et plus ».

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 visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

#### **Article 22**

I. – *(Non modifié)*

II. – L'article L. 911-7 du même code est ainsi modifié :

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

2° Le II est ainsi modifié :

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

*a)* La deuxième phrase du cinquième alinéa est supprimée ;

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

*c)* Le dernier alinéa est ainsi modifié :

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

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

– la seconde phrase est supprimée ;

d) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les salariés peuvent se dispenser, à leur initiative, de cette couverture s'ils remplissent les conditions mentionnées au II de l'article L. 911-7-1 lorsqu'ils ne sont pas couverts par un accord prévu au IV du même article L. 911-7-1.

« Un décret fixe, en outre, les catégories de salariés pouvant être dispensés, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. »

III. – Après l'article L. 911-7 du même code, il est inséré un article L. 911-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 911-7-1.* – I. – La couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par ce contrat est inférieure aux seuils mentionnés aux II et III est organisée dans les conditions fixées au présent article.

« II. – Les salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par ce contrat est inférieure à des seuils fixés par décret, lorsqu'ils ne sont pas couverts par un accord prévu au IV du présent article, ont droit, à leur demande, au versement par leur employeur d'une somme représentative du financement résultant de l'application des articles L. 911-7 et L. 911-8, et qui s'y substitue alors.

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

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

« III. – Un accord de branche peut prévoir que l'obligation de couverture des risques mentionnés au I du présent article et, le cas échéant, l'obligation mentionnée à l'article L. 911-8 sont assurées selon les seules modalités mentionnées au II pour les salariés dont la

durée du contrat ou la durée du travail prévue par celui-ci est inférieure à des seuils fixés par cet accord, dans la limite de plafonds fixés par décret.

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

« IV (*nouveau*). – Un accord de branche peut déroger aux I à III, soit en prévoyant que la couverture des risques à titre obligatoire concerne l'ensemble des salariés, quelle que soit la durée de travail ou la durée du contrat, soit en fixant des seuils de durées de contrat ou de durées de travail inférieurs à ceux pris en application du décret mentionné au II. »

IV et V. – (*Non modifiés*)

### **Articles 22 bis et 23**

(*Conformes*)

### **Article 24**

I. – Pour l'année 2016, le taux L mentionné aux articles L. 138-10 et L. 138-12 du code de la sécurité sociale est fixé à - 1 %.

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.

## **TITRE II**

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

### **Article 25**

(*Conforme*)

### **Article 26**

(*Supprimé*)

### **Article 26 bis (*nouveau*)**

Dans un délai de six mois après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le transport des enfants décédés de cause médicalement inexpliquée vers les centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson en vue de

rechercher la cause du décès.

**Article 27**

*(Supprimé)*

**Article 28**

I. – *(Supprimé)*

II à IV. – *(Non modifiés)*

**Article 29**

*(Conforme)*

**Article 30**

*(Supprimé)*

QUATRIÈME PARTIE

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

TITRE I<sup>ER</sup>

**DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE**

**Articles 31 à 33**

*(Conformes)*

**Article 33 bis (nouveau)**

Le deuxième alinéa de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale est supprimé.

**Article 34**

*(Supprimé)*

TITRE II

**DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE**

**Article 35**

*(Conforme)*

**Article 36**

*(Supprimé)*

**Article 36 bis A (nouveau)**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « soixante-deux » est remplacé par le mot : « soixante-trois » et l'année : « 1955 » est remplacée par l'année : « 1957 » ;

b) Au deuxième alinéa, l'année : « 1955 » est remplacée par l'année : « 1957 » et l'année : « 1954 » est remplacée par l'année : « 1956 » ;

c) Il est ajouté un 3° ainsi rédigé :

« 3° À raison de six mois par génération pour les assurés nés entre le 1er janvier 1955 et le 31 décembre 1956. » ;

2° L'article L. 351-8 est ainsi modifié :

a) Au 1°, après le mot : « assurés » sont insérés les mots : « , nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1951 et le 31 décembre 1955, » ;

b) Après le même 1°, sont insérés des 1° bis A et 1° bis B ainsi rédigés :

« 1° bis A Les assurés, nés après le 1<sup>er</sup> janvier 1956, qui atteignent l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 augmenté de quatre années et six mois ;

« 1° bis B Les assurés, nés après le 1<sup>er</sup> janvier 1957, qui atteignent l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 augmenté de quatre années ; ».

**Articles 36 bis à 36 quinquies**

*(Conformes)*

**Article 36 sexies A (nouveau)**

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

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

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

### **Article 36 *sexies***

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

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

### **Article 36 *septies***

*(Conforme)*

## TITRE III

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

### **Article 37**

*(Conforme)*

### **Article 38**

*(Supprimé)*

## TITRE IV

# **DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE**

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

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

### **Article 39**

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

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

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

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

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

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

2° Le I de l'article L. 111-2-1 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

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

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

b) (*Supprimé*)

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

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

« 1° Qui exercent sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps partiel :

« a) Une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, quels que soient le montant et la nature de leur rémunération et la forme, la nature ou la validité de leur contrat ;

« b) Une activité professionnelle non salariée ;



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

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

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

II. – (*Non modifié*)

III. – Le même code est ainsi modifié :

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

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

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

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

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

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

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

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

« L'enfant qui, ayant atteint l'âge de seize ans, poursuit des études dans les établissements,

écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4 bénéficie automatiquement de la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel.

« Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie et de maternité.

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

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

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

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

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

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

« Lorsque la prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent article est prévue par les règlements européens ou les accords internationaux, elle est étendue, dans les conditions prévues par ces règlements ou accords, aux soins de santé reçus à l'étranger par les titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnés aux 1° à 3°.

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

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

« 2° Les membres de la famille à la charge d'un assuré du régime de sécurité sociale français qui ne résident pas en France et bénéficient d'une telle prise en charge en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;

« 3° Les membres du personnel diplomatique et consulaire ou les fonctionnaires de la

France et les personnes assimilées en poste à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent. » ;

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

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

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

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

b) Le 3° est ainsi rétabli :

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

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

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

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

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

b) Le second alinéa est ainsi modifié :

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

– les deux dernières phrases sont supprimées ;

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

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

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

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

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

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

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

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

« 6° La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à

l'article L. 2132-2-1 du même code. » ;

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

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

*b (nouveau)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

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

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

*b)* À la seconde phrase du même premier alinéa, les mots : « remboursée soit directement à l'assuré ou aux ayants droit mentionnés à la deuxième phrase de l'article L. 161-14-1, » sont remplacés par les mots : « versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou elle est remboursée soit directement à l'assuré, » ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### « Section 4

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

« Art. L. 160-17. – La prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 est effectuée, pour les personnes exerçant une activité professionnelle, par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires auxquels elles sont affiliées pour le service des

prestations d'assurances sociales, dans des conditions définies par décret. Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles ces organismes prennent en charge les frais de santé des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle.

« Il précise en outre les modalités selon lesquelles les personnes qui ne sont pas affiliées à titre professionnel peuvent demander à être gérées par l'organisme dont relève leur conjoint, la personne à laquelle elles sont liées par un pacte civil de solidarité ou leur concubin.

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

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

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

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

IV. – *(Non modifié)*

V. – L'article L. 182-2 du même code est ainsi modifié :

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

2° Il est ajouté un 7° ainsi rédigé :

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

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

VI. – *(Non modifié)*

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

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

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

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

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

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

2° *bis* À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 311-7, les mots : « leurs ayants droit » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 du présent code qui leur sont rattachées » ;

3° L'article L. 313-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

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

– le 1° est abrogé ;

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

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

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

4° L'article L. 321-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

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

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

5° Le premier alinéa de l'article L. 321-2 est supprimé ;

5° *bis* (Supprimé)

5° *ter* (nouveau) À la fin du 1° de l'article L. 330-1, la référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

6° Le premier alinéa de l'article L. 332-1 est ainsi modifié :

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



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

7° L'article L. 371-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

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

b) les 1° et 2° sont abrogés.

VIII. – *(Non modifié)*

VIII bis *(nouveau)*. – L'article L. 613-12 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 613-12. – L'article L. 160-7, le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> et les articles L. 314-1, L. 322-1 et L. 324-1 sont applicables au régime institué par le présent titre selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. »

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

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

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

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

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

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

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

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

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

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

supprimés ;

3° (*nouveau*) L'article L. 161-15-4 est ainsi modifié :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 371-3, les mots : « pour lui et les membres de sa

famille, au sens de l'article L. 313-3 » sont supprimés ;

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

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

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

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

1° A (*nouveau*) Le premier alinéa de l'article L. 381-20 est ainsi rédigé :

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

1° B (*nouveau*) Le premier alinéa de l'article L. 381-23 est ainsi rédigé :

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

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

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

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

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

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

c) Le troisième alinéa est supprimé ;

2° L'article L. 381-30-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

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

c) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « Par dérogation au premier alinéa, » sont

supprimés et les mots : « des prestations en nature des assurances » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de » ;

d) Le dernier alinéa est supprimé ;

3° À la première phrase de l'article L. 381-30-2, les mots : « affilié en application » sont remplacés par les mots : « , à l'exception de ceux mentionnés au deuxième alinéa » ;

4° L'article L. 381-30-5 est ainsi modifié :

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

b) Le II est ainsi modifié :

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

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

5° Au premier alinéa de l'article L. 382-3, les mots : « d'assurances sociales et d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, » ;

6° À l'article L. 382-14-1, les mots : « dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, » ;

7° À la fin du premier alinéa de l'article L. 382-21, les mots : « ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé dans les conditions prévues au livre I<sup>er</sup> ».

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

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

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

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

2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 453-1, les mots : « aux prestations dans les conditions prévues au livre III » sont remplacés par les mots : « à la prise

en charge de ses frais de santé prévue au titre VI du livre I<sup>er</sup>, ».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1° B *(nouveau)* L'article L. 711-7 est ainsi modifié :

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

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

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

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

3° Au premier alinéa de l'article L. 713-10, les mots : « aux familles » sont remplacés par les mots : « aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2 » et les mots : « qu'elles » sont remplacés par les mots : « qu'ils » ;

4° À l'article L. 713-16, les mots : « en nature » sont supprimés.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Au *a*, les mots : « conjoints des personnes visées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du présent article » sont remplacés par les mots : « personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé en application de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale » ;

b) Le *b* est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

3° bis (nouveau) À l'article L. 761-2, les références : « les articles L. 311-5, L. 311-9, L. 311-10 » sont remplacées par la référence : « l'article L. 311-5 » ;

4° L'article L. 761-3 est ainsi modifié :

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

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

P. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

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

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-1 », les mots : « , pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « pour lui-même et pour : » ;

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

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

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

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

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

R. – Dans toutes les dispositions législatives :

1° [ ] Les références aux articles L. 332-3, L. 331-2, L. 322-1, L. 332-1, L. 322-2, L. 322-3 et L. 322-4 du code de la sécurité sociale sont remplacées, respectivement, par les références aux articles L. 160-7, L. 160-9, L. 160-10, L. 160-11, L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15 du même code ;

2° (*Supprimé*)

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

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

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

3° À la fin du 2° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

4° À l'article L. 161-27, les références : « L. 161-1 à L. 161-7, L. 161-10 à L. 161-13 » sont remplacées par les références : « L. 161-1 à L. 161-6 » ;

5° Au sixième alinéa et à la fin de la seconde phrase du douzième alinéa de l'article L. 162-1-14-1, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

6° À la première phrase du deuxième alinéa, à la dernière phrase du troisième alinéa et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-14-2, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

7° Le I de l'article L. 162-1-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » et les références : « aux 2° et 5° de » sont remplacées par les mots : « , respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à » ;

b) Au 1°, les références : « au 2° ou au 5° de » sont remplacées par les mots : « , respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à » ;

8° À la seconde phrase du premier alinéa et au second alinéa de l'article L. 162-1-20, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

9° À la fin du 4° de l'article L. 162-4, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la



référence : « L. 160-8 » ;

10° Au premier alinéa de l'article L. 162-31, la référence : « de l'article L. 313-4, » est supprimée, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » et la référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

11° Le II de l'article L. 162-31-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les références : « 6° et 9° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par les références : « 5° et 6° de l'article L. 160-8 » ;

*b (nouveau)* Au 4°, les références : « L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 » ;

12° L'article L. 162-45 est ainsi modifié :

a) Au 2°, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

*b (nouveau)* Au 4°, la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 » ;

13° À la fin de la dernière phrase du second alinéa de l'article L. 165-12, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

14° À la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 314-1, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

15° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 315-2 est ainsi modifié :

*a)* À la première phrase, la première occurrence des mots : « à l'article » est remplacée par la référence : « aux articles L. 160-8 et » ;

*b)* À la deuxième phrase, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;

16° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 323-1, la référence : « au 4° de » est remplacée par le mot : « à » ;

17° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 323-4, la référence : « L. 313-3 » est remplacée par la référence : « L. 161-1 » ;

18° L'article L. 325-1 est ainsi modifié :

*a)* À la première phrase du I, les références : « , 4° et 7° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par les références : « et 4° de l'article L. 160-8 » et la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

*b)* Le II est ainsi modifié :

– au 7°, les références : « aux articles L. 371-1 et L. 371-2 » sont remplacées par la

référence : « à l'article L. 371-1 » ;

– au dernier alinéa, les mots : « ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3, des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 à la charge effective et permanente des » ;

19° Après les mots : « de l'article », la fin de la première phrase de l'article L. 331-1 est ainsi rédigée : « L. 161-1. » ;

20° Au 2° de l'article L. 341-3, la référence : « au 4° de » est remplacée par le mot : « à » ;

21° Au premier alinéa de l'article L. 353-5, la référence : « L. 313-3 » est remplacée par la référence : « L. 161-1 » ;

22° Au début de l'article L. 372-2, les mots : « Sous réserve de l'article L. 161-11, » sont supprimés ;

23° À la fin de la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 376-4, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

24° À l'article L. 382-8, la référence : « L. 313-3 » est remplacée par la référence : « L. 161-1 » ;

25° À la fin du deuxième alinéa et à la dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 471-1, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

26° (*Supprimé*)

27° À l'article L. 711-6, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

28° Au premier alinéa de l'article L. 712-9, les mots : « ou charges mentionnés à l'article L. 712-6 » sont remplacés par les mots : « maladie, maternité et invalidité » ;

29° À la fin du premier alinéa des articles L. 722-2 et L. 722-3, les mots : « aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9 » sont remplacés par les mots : « à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 » ;

30° Le premier alinéa de l'article L. 722-6 est ainsi modifié :

a) La référence : « L. 313-3, » est supprimée ;

b) La première occurrence de la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

b bis (*nouveau*) La référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

c) La référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;

31° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 722-8-2, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;

32° À l'article L. 758-2, la référence : « L. 161-14, » est supprimée ;

33° Au premier alinéa de l'article L. 762-4, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

33° bis (nouveau) L'article L. 762-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

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

34° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 762-7 est supprimé ;

34° bis (nouveau) Au premier alinéa de l'article L. 762-14, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

35° Au premier alinéa de l'article L. 765-5, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » et la référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

36° Au second alinéa de l'article L. 821-7, la référence : « L. 381-28 » est remplacée par la référence : « L. 160-17 ».

B. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 242-12, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

2° Au 2° de l'article L. 245-3, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

3° L'article L. 251-2 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du deuxième alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

b) Après le mot : « et », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « 5° de l'article L. 160-8 ; »

c (nouveau) Au quatrième alinéa, la référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

d (nouveau) Au sixième alinéa, la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la

référence : « L. 160-14 » et la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

4° Au dernier alinéa de l'article L. 252-1, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

5° À l'article L. 252-2, les mots : « au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « aux trois premiers alinéas » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 252-3, les mots : « du premier alinéa » sont remplacés par les mots : « des trois premiers alinéas ».

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

1° À l'article L. 6241-3, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

2° Au dernier alinéa de l'article L. 6322-1, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 ».

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

1° Au g du 1° de l'article L. 732-3, les références : « , L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13 » sont supprimées ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 751-9, la référence : « au livre III » est remplacée par la référence : « au titre VI du livre I<sup>er</sup> ».

E. – À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 333-1 du code de la consommation, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 ».

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

1° L'article 9 est ainsi modifié :

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

« – L. 160-8 à L. 160-10 et L. 160-13 à L. 160-15, sous réserve des dispositions de l'article 9-5 ; »

b) À la fin du deuxième alinéa, la référence : « L. 161-5 » est remplacée par la référence : « L. 161-4 » ;

c) Le neuvième alinéa est supprimé ;

d (nouveau) Le treizième alinéa est ainsi rédigé :

« – L. 322-5 à L. 322-6 ; »

2° À la première phrase de l'article 9-1, la référence : « (5°) » est supprimée ;

3° À l'article 9-4, les références : « , 2°, 3°, 4° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par la référence : « à 4° de l'article L. 160-8 » ;

4° (*nouveau*) À l'article 9-5, la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 ».

G. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :

1° Au 10° de l'article 20-1, les références : « L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-13 et L. 160-14 » ;

2° À la fin de la seconde phrase de l'article 20-2, la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 » ;

3° À la première phrase du 1° et au 2° de l'article 20-7, la référence « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 » ;

4° Au premier alinéa du II de l'article 23-2, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée, deux fois, par la référence : « L. 114-17-1 ».

H. – Au II de l'article 89 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 ».

I. – Au début du II de l'article 44 de la loi n° 2014-40 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, les mots : « À la fin de l'article L. 161-5 et » sont supprimés.

J (*nouveau*). – À l'article 9-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et au deuxième alinéa de l'article 2 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 ».

X. – (*Non modifié*)

### **Article 39 bis A (*nouveau*)**

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur la reconnaissance de la sclérose en plaque au titre des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée pour les fonctionnaires.

Ce rapport détaille le nombre potentiel de fonctionnaires concernés par cette mesure ainsi

que l'impact potentiel du remplacement de la poliomyélite par la sclérose en plaques dans la liste des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée.

#### **Article 39 bis**

*(Conforme)*

#### **Article 39 ter**

À titre exceptionnel et jusqu'au 30 juin 2016, une personne bénéficiant du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 du code de la sécurité sociale et ayant renouvelé, après le 30 juin 2015, un contrat ne figurant pas sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 863-6 du même code peut demander la résiliation de ce contrat à tout moment, sans frais ni pénalités. Cette possibilité de résiliation est conditionnée à la souscription d'un contrat figurant sur cette même liste.

La résiliation prend effet au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant l'envoi à l'organisme assureur d'une lettre recommandée à laquelle est jointe une attestation de souscription d'un contrat figurant sur ladite liste.

Le troisième alinéa de l'article L. 113-15-1 du code des assurances et le dernier alinéa des articles L. 221-10-1 du code de la mutualité et L. 932-21-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux résiliations effectuées en application du présent article.

#### **Article 40**

*(Conforme)*

#### **Article 41**

I. – Le 21° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ».

II. – *(Non modifié)*

#### **Article 41 bis**

*(Conforme)*

#### **Article 41 ter**

I. – L'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence :

« L. 160-8 », les mots : « au 5° du même article » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3 » et la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « 5° de l'article L. 321-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3 ».

II. – *(Non modifié)*

## CHAPITRE II

### **Promotion de la prévention et parcours de prise en charge coordonnée**

#### **Article 42**

L'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-12-21.* – I. – Un contrat de coopération pour les soins visuels peut être conclu avec les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie, en vue d'inciter le médecin à recruter ou à former un orthoptiste.

« Ce contrat, conclu pour une durée de trois ans non renouvelable, prévoit des engagements individualisés qui portent notamment sur l'augmentation du nombre de patients différents reçus en consultations, le respect des tarifs conventionnels et les actions destinées à favoriser la continuité des soins. Il détermine des objectifs en matière d'organisation des soins, notamment sur la formation, si celle-ci s'avère nécessaire, ou le recrutement d'un orthoptiste ainsi que sur la participation à des actions de dépistage et de prévention. Il prévoit les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le médecin, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs.

« Ce contrat est conforme à un contrat type défini par la convention mentionnée à l'article L. 162-5. À défaut d'accord avant le 1<sup>er</sup> septembre 2016, un contrat type est défini par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions particulières requises pour conclure un contrat de coopération avec la profession d'orthoptiste.

« II. – Les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie peuvent conclure un contrat collectif pour les soins visuels avec les maisons de santé et les centres de santé adhérents à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1, en vue d'inciter au développement de coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques au sein de ces structures.

« Le contrat collectif pour les soins visuels, d'une durée de trois ans, prévoit les engagements respectifs des parties, qui portent notamment sur le respect des tarifs conventionnels et l'organisation des soins.

« Ce contrat est conforme à un contrat type défini par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés, des organisations représentatives des centres de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Les contreparties financières de ce contrat collectif ne peuvent excéder le maximum prévu par le contrat de coopération pour les soins visuels prévu au premier alinéa du présent article.

« Une évaluation annuelle du contrat collectif pour les soins visuels, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part, sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement et aux partenaires conventionnels en vue de l'intégration de ce contrat dans la négociation, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionné au II de l'article L. 162-14-1.

« III. – Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent des contrats définis au présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3<sup>o</sup> du D du I de l'article L.O. 111-3. »

### **Articles 43, 44, 44 bis, 45 et 45 bis**

*(Conformes)*

### **Article 45 ter**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> L'article L. 162-17-3 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase du premier alinéa du I est complétée par les mots : « et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 » ;

b) Au premier alinéa du II, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « ainsi que des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 » ;

2<sup>o</sup> L'article L. 165-3 est ainsi modifié :

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

b) Le II est abrogé ;



3° Après l'article L. 165-4, il est inséré un article L. 165-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-4-1. – I. –* Le cadre des conventions mentionnées aux articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4 peut être précisé par un accord-cadre conclu entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

« Sans préjudice de l'article L. 162-17-4, cet accord-cadre prévoit notamment les conditions dans lesquelles les conventions déterminent :

« 1° Les modalités d'échanges d'informations avec le comité en matière de suivi et de contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables ;

« 2° Les conditions et les modalités de mise en œuvre, par les fabricants ou distributeurs, d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1.

« L'accord-cadre prévoit également les conditions dans lesquelles le comité met en œuvre une réduction des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, des prix de certaines catégories de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 pour garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au II de l'article L. 162-17-3 et à l'article L. 165-4.

« II. – En cas de manquement par un fabricant ou un distributeur à un engagement souscrit en application du 2° du I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer à son encontre, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière.

« Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre des produits ou prestations faisant l'objet de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au présent II sont définis par décret en Conseil d'État. »

## Article 46

(Conforme)

### Article 47

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

1° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et, le cas échéant, de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

« À compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale. » ;

2° Le IV *bis* de l'article L. 314-7 est ainsi modifié :

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

« IV *bis*. – La décision fixant la tarification au titre de l'année prévoit, dans des conditions prévues par décret, des tarifs de reconduction provisoires applicables au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit.

« Dans le cas où les tarifs n'ont pas été arrêtés avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice en cause et si un tarif de reconduction provisoire n'a pas été fixé, les recettes relatives à la facturation desdits tarifs sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs. » ;

b) Au second alinéa, la référence : « du précédent alinéa » est remplacée par les références : « des deux premiers alinéas du présent IV *bis* ».

II. – Après l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-24-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-24-2. – L'action des établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles pour le paiement, par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code, des prestations et soins médicaux à la charge de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée à la caisse, ou par trois

mois à compter du premier jour du mois suivant celui où la décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles a été notifiée à l'établissement si cela conduit à appliquer une échéance plus tardive.

« Cette prescription est également applicable à l'action intentée par l'organisme payeur en recouvrement des prestations indûment supportées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration, à compter de la date de paiement des sommes indues.

« Les modalités de reversement des sommes payées par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code aux différents organismes d'assurance maladie ainsi que des sommes recouvrées par la caisse en application du deuxième alinéa du présent article sont fixées par décret.

« La commission de recours amiable de la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 est compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause. »

III. – A. – Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé établit par arrêté, le cas échéant conjoint avec le président du conseil départemental concerné, la liste des établissements et services [ ] devant signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et fixe la date prévisionnelle de cette signature [ ]. Cette programmation, d'une durée de six ans, est mise à jour chaque année.

A *bis*. – Le deuxième alinéa de l'article L. 313-12-2 du même code, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, est applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

B. – L'article L. 162-24-2 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte du II du présent article, s'applique aux prestations et soins médicaux délivrés par les établissements médico-sociaux concernés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

#### **Article 47 bis A (nouveau)**

Le second alinéa du II de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est complété par les mots : « ainsi qu'aux établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions prévues à l'article L. 6122-1, pour cette seule activité ».

#### **Article 47 bis**

*(Conforme)*

#### CHAPITRE III

### **Poursuite de la réforme du financement des établissements**

#### **Article 48**

*(Conforme)*

### **Article 49**

I à IV. – *(Non modifiés)*

V. – Du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 28 février 2017, un montant afférent aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.

### **Articles 49 bis et 49 ter**

*(Conformes)*

### **Article 50**

I et II. – *(Non modifiés)*

III. – Les articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-30-2.* – Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique. Pour les établissements de santé privés, les médecins libéraux exerçant dans leur structure sont aussi signataires du contrat. Il a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.

« Ce contrat comporte :

« 1° Un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations ;

« 2° Le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou ne respectant pas, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3.

« Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée maximale de cinq années. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé

et de la sécurité sociale, les obligations respectives des parties, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluations. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.

« En cas de refus par un établissement de santé de conclure ce contrat ou l'un de ses volets, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. La somme de cette sanction et de celles mentionnées à l'article L. 162-30-4 ne peut être supérieure à 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie. En cas de refus de conclure les volets relatifs aux produits de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut choisir, à la place de la sanction mentionnée à la première phrase du présent alinéa, de réduire de 30 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

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

« *Art. L. 162-30-3.* – L'État arrête, sur la base de l'analyse nationale ou régionale des dépenses d'assurance maladie ou des recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels de santé y exerçant. Ils peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, dès lors qu'elles sont prescrites ou dispensées au sein d'un établissement de santé. Ils peuvent être nationaux ou régionaux.

« L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant conclure un volet additionnel au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2.

« Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'État ou en application du plan d'actions régional susmentionné, elle peut proposer à cet établissement de conclure un avenant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2.

« Les modalités d'élaboration du plan d'actions, les catégories d'actes, prestations ou prescriptions qui font l'objet de ces contrats ainsi que la nature des données prises en compte

et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret.

« *Art. L. 162-30-4.* – La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non-réalisation ou de réalisation partielle de ces objectifs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, prononcer une sanction financière proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite, pour chaque volet du contrat, de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos, et dans la limite totale, pour l'ensemble des volets, de 5 % de ces produits par an.

« La non-réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peuvent également donner lieu à la mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions, dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-17, ou, lorsqu'il s'agit de manquements relatifs à des produits de santé, à la réduction, dans la limite de 30 % et en tenant compte des manquements constatés, de la part prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 en lieu et place de la sanction mentionnée au premier alinéa du présent article. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. »

IV et V. – (*Non modifiés*)

### **Article 50 bis**

Le premier alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les frais d'un transport ayant fait l'objet d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé, sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire. »

### **Article 51**

I. – (*Non modifié*)

II. – Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6113-11 devient l'article L. 6113-14 ;

2° Après l'article L. 6113-10-2, sont insérés des articles L. 6113-11 à L. 6113-13 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6113-11.* – Afin de disposer de données sur les coûts de prise en charge au sein

des établissements de santé, des études nationales de coûts sont réalisées chaque année auprès d'établissements de santé relevant des catégories mentionnées aux *a* à *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

« Ces études portent sur des champs d'activités définis par décret en Conseil d'État.

« La réalisation de ces études est confiée à une personne publique désignée par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 6113-12.* – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent chaque année, sur proposition de la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, dont les fédérations les représentant, les critères permettant de déterminer la capacité des établissements à participer aux études nationales de coûts et la liste des établissements de santé participant aux études nationales de coûts de l'année suivante.

« Cette liste est élaborée dans les conditions suivantes :

« 1° Un appel à candidatures est réalisé par la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11. Les établissements de santé ayant fait acte de candidature participent aux études nationales de coûts sous réserve qu'ils soient en mesure de fournir des données, notamment médicales et comptables, nécessaires à leur réalisation. Dans le cas contraire, ils peuvent bénéficier d'un accompagnement en vue de préparer leur participation aux études nationales de coûts de l'année suivante ;

« 2° À l'issue de l'appel à candidatures mentionné au 1° du présent article, lorsque la liste d'établissements sélectionnés est insuffisante pour disposer de données fiables sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 met en œuvre une procédure complémentaire de sélection d'établissements de santé dont la participation aux études nationales de coûts permettrait, en raison de leur statut ou de leurs activités, d'améliorer la fiabilité de la mesure des coûts.

« Les établissements sélectionnés selon cette procédure complémentaire transmettent à la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 les informations permettant de s'assurer de leur capacité à fournir les données nécessaires à la réalisation des études nationales de coûts. Seuls les établissements en mesure de fournir de telles données participent aux études nationales de coûts. Les établissements qui ne remplissent pas cette condition peuvent bénéficier d'un accompagnement en vue de préparer leur participation aux études nationales de coûts de l'année suivante.

« En cas de refus d'un établissement de santé sélectionné selon la procédure complémentaire de transmettre à la personne publique mentionnée au dernier alinéa du même article L. 6113-11 les informations mentionnées à l'avant-dernier alinéa du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par

l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« *Art. L. 6113-13.* – Une convention est signée entre la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 et chaque établissement de santé figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6113-12.

« En cas de refus d'un établissement de santé de signer cette convention, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« En contrepartie des moyens engagés par l'établissement pour produire les données nécessaires à la réalisation des études nationales de coûts, la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 assure à cet établissement un financement dans les conditions définies par la convention.

« En cas de non-respect de ses obligations contractuelles, l'établissement restitue les indemnités perçues, dans les conditions définies par la convention. »

#### **Article 51 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 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 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.

#### CHAPITRE IV

#### **Autres mesures et objectifs financiers**

#### **Articles 52 et 53**

*(Conformes)*

#### **Articles 54 et 55**

*(Supprimés)*

#### TITRE V



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

### **Article 56**

*(Supprimé)*

### TITRE VI

## **DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES**

### **Article 57**

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

1° L'article L. 161-23-1 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « chaque année, », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

2° Après les mots : « chaque année », la fin de l'article L. 341-6 est ainsi rédigée : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

3° À l'article L. 351-11, les mots : « chaque année par application du coefficient annuel de revalorisation mentionné » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues » ;

4° À la fin du troisième alinéa de l'article L. 353-5, les mots : « suivant les modalités prévues par l'article L. 351-11 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 356-2, les mots : « révisé dans les mêmes conditions que les prestations servies en application des chapitres I<sup>er</sup> à IV du titre V du présent livre » sont remplacés par les mots : « revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

5° *bis* À l'article L. 413-7, les mots : « des coefficients de revalorisation prévus » sont remplacés par les mots : « du coefficient de revalorisation prévu » ;

6° À la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 434-1, les mots : « dans les conditions fixées à l'article L. 351-11 » sont remplacés par les mots : « au 1<sup>er</sup> avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

7° La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 434-2 est ainsi rédigée :

« Elle est revalorisée au 1<sup>er</sup> avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

7° *bis* À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 434-6, les mots : « des coefficients mentionnés » sont remplacés par les mots : « du coefficient mentionné » ;

8° Au premier alinéa de l'article L. 434-16, les mots : « d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité par les arrêtés pris en application de l'article L. 341-6 » sont remplacés par les mots : « au 1<sup>er</sup> avril de chaque année d'après le coefficient mentionné à l'article L. 161-25, » ;

9° L'article L. 434-17 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 434-17.* – Les rentes mentionnées à l'article L. 434-15 sont revalorisées au 1<sup>er</sup> avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

10° L'article L. 551-1 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « chaque année », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

11° (*Supprimé*)

12° À l'article L. 816-2, les mots : « des allocations définies au présent titre et des plafonds de ressources prévus pour leur attribution » sont remplacés par les mots : « de l'allocation définie à l'article L. 815-1 et des plafonds de ressources prévus pour son attribution » et les mots : « aux mêmes dates et selon les mêmes conditions que celles applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6 » sont remplacés par les mots : « au 1<sup>er</sup> avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

13° Le premier alinéa de l'article L. 861-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « , révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix » sont remplacés par les mots : « et revalorisé au 1<sup>er</sup> avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

a bis) Les deuxième et troisième phrases sont supprimées ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le montant du plafond est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

I *bis*, II à V. – (*Non modifiés*)

## **Article 57 bis**

*(Conforme)*

## **Article 58**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A (*nouveau*) À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 122-2, les références : « L. 216-2-1 et L. 216-2-2 » sont remplacées par les références : « L. 122-6, L. 122-7, L. 122-8, L. 122-9 et L. 611-11 » ;

1° Après le chapitre II du titre II du livre I<sup>er</sup>, il est inséré un chapitre II *bis* ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II BIS*

### **« Organisation et gestion des missions et activités**

« *Art. L. 122-6. – I. –* Les conseils d'administration des organismes nationaux définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes de la branche ou du régime concerné.

« Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou à plusieurs organismes de la branche ou du régime la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.

« Les modalités de mise en œuvre des orientations mentionnées au deuxième alinéa sont fixées par une convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux, à l'exception des modalités de traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites, qui sont précisées par décret. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.

« II. – Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations, notamment agir en demande et en défense devant les juridictions. Il peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.

« III. – L'union de recouvrement désignée peut assurer, pour le compte d'autres unions, des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement ainsi qu'à la gestion des activités de trésorerie. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.

« IV. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

« *Art. L. 122-7.* – Le directeur d'un organisme local ou régional peut déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions ou activités liées à la gestion des organismes, par une convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de chaque branche concernée.

« Lorsque la mutualisation inclut des activités comptables, financières ou de contrôle relevant de l'agent comptable, la convention est également signée par les agents comptables des organismes concernés.

« *Art. L. 122-8.* – Les directeurs d'organismes nationaux peuvent confier à un ou plusieurs organismes de sécurité sociale d'une autre branche ou d'un autre régime des missions ou activités relatives à la gestion des organismes de leur réseau, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.

« Les modalités de mise en œuvre du premier alinéa, à l'exception des modalités de traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites, qui sont précisées par décret, sont fixées par une convention signée par les directeurs des organismes nationaux concernés.

« *Art. L. 122-9.* – Lorsque l'organisme délégant conserve la responsabilité des opérations de paiement, l'agent comptable de l'organisme délégataire chargé des opérations de liquidation des sommes à payer effectue des vérifications permettant d'attester l'exactitude de ces opérations préalablement à leur mise en paiement par l'agent comptable de l'organisme délégant. Ces vérifications sont effectuées selon des orientations fixées conjointement avec l'agent comptable de l'organisme délégant et sous sa responsabilité, en cohérence avec les référentiels de contrôle interne des branches ou régimes concernés. » ;

2° Les articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 sont abrogés ;

2° *bis* Après le mot : « missions », la fin du 3° de l'article L. 221-3-1 est supprimée ;

3° Après l'article L. 611-9, il est inséré un article L. 611-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 611-9-1.* – Les caisses de base appelées à fusionner en application de l'article L. 611-9 peuvent décider d'établir un budget unique et une comptabilité unique des opérations budgétaires. Le choix de tenir une comptabilité unique peut être également étendu à tout ou partie des opérations techniques réalisées dans le cadre de l'article L. 611-11.

« Le directeur de la caisse nationale désigne parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner celui chargé d'élaborer et d'exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique. Il désigne également parmi les agents comptables des caisses appelées à fusionner celui chargé d'établir le compte unique.

« Le budget unique et le compte unique sont approuvés par chacun des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner.

« Les modalités de mise en œuvre des décisions prévues au premier alinéa sont fixées par

une convention, établie selon un modèle fixé par la caisse nationale, entre les caisses de base concernées, signée par leur directeur et leur agent comptable, après avis de leur conseil d'administration et validation conjointe par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale. »

## **Articles 59 à 61**

*(Conformes)*

### **Article 62**

L'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 3°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le droit prévu au premier alinéa peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » ;

2° *(nouveau)* À la fin de l'avant-dernier alinéa, le montant : « 7 500 € » est remplacé par les mots : « 1 500 € par cotisant, assuré ou allocataire concerné, sans que le total de l'amende puisse être supérieur à 10 000 € ».

## **ANNEXES**

**ANNEXE A**

**Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2014,  
des régimes obligatoires de base et des organismes  
concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette  
ou à la mise en réserve de recettes à leur profit  
et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents  
et la couverture des déficits constatés pour l'exercice 2014**

*(Conforme)*

**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**

*(Supprimée)*



**ANNEXE C**

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

*(Supprimée)*