

LOIS

LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (1)

NOR : EFIX1324269L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté ;
Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-682 DC en date du 19 décembre 2013 ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2012

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2012, sont approuvés :

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

(En milliards d'euros)

	RECETTES	DÉPENSES	SOLDE
Maladie	178,8	184,7	- 5,9
Vieillesse	203,4	209,5	- 6,1
Famille	54,1	56,6	- 2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1	13,7	- 0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	436,3	451,4	- 15,1

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

(En milliards d'euros)

	RECETTES	DÉPENSES	SOLDE
Maladie	154,9	160,8	- 5,9
Vieillesse	105,4	110,2	- 4,8
Famille	53,8	56,3	- 2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,5	11,7	- 0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	314,0	327,3	- 13,3

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

(En milliards d'euros)

	RECETTES	DÉPENSES	SOLDE
Fonds de solidarité vieillesse	14,7	18,9	- 4,1

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 170,1 milliards d'euros ;

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

6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, s'élevant à 0,4 milliard d'euros ;

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 11,9 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2012, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2012 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013

Article 3

A titre exceptionnel, il est prélevé, au 31 décembre 2013 au plus tard, au profit de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, une somme de 200 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2012, du fonds pour l'emploi hospitalier institué par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur les salaires.

Article 4

I. – A. – Il est institué une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du même code. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

La participation est due par chaque organisme, mentionné au premier alinéa, en activité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle elle est perçue.

Elle est égale au produit d'un forfait annuel par le nombre d'assurés et d'ayants droit couverts par l'organisme, à l'exclusion des bénéficiaires de la couverture complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, au 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est perçue et pour lesquels l'organisme a pris en charge, au cours de cette même année, au moins une fois, en tout ou partie, la participation de l'assuré due au titre d'une consultation ou d'une visite du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du même code.

Le montant du forfait annuel est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Il est égal au résultat de la division d'un montant de 150 millions d'euros par le nombre d'assurés et d'ayants droit remplissant les conditions définies au troisième alinéa du présent A, sans pouvoir excéder 5 €. Le résultat obtenu est arrondi au centime d'euro le plus proche.

Les modalités d'échange des données nécessaires à la détermination du montant du forfait annuel, notamment les effectifs des assurés et des ayants droit remplissant les conditions définies au même troisième alinéa, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

B. – Par dérogation au A, pour le calcul de la participation due au titre de l'année 2013, le forfait annuel par assuré ou ayant droit est fixé à 2,5 €.

II. – La participation est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, concomitamment au recouvrement de cette même taxe, sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'Etat. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues pour ladite taxe.

III. – La participation mentionnée au I est due pour chacune des années 2013 à 2015.

Article 5

I. – L'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires restitue aux régimes obligatoires d'assurance maladie, avant le 31 décembre 2013, une fraction des dotations qui lui ont été attribuées au titre des exercices 2010 à 2012, égale à 27 623 999,18 €. Ce montant est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui le répartit entre les régimes, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

II. – L'article 73 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

1° Au I, le montant : « 370,27 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 343,47 millions d'euros » ;

2° Au II, le montant : « 124 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 139 millions d'euros » ;

3° Au III, le montant : « 22,2 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 32,2 millions d'euros ».

Article 6

I. – Au titre de l'année 2013, sont rectifiés :

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie	181,7	189,4	- 7,7
Vieillesse	212,1	216,2	- 4,1
Famille	55,2	58,0	- 2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,9	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	449,4	463,6	- 14,2

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie	157,5	165,1	- 7,6
Vieillesse	111,3	114,6	- 3,3
Famille	54,8	57,6	- 2,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,8	11,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	323,5	336,9	- 13,3

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Fonds de solidarité vieillesse	16,9	19,7	- 2,7

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 12,6 milliards d'euros.

II. – Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites demeurent fixées conformément au II de l'article 35 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

III. – Les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse demeurent fixées conformément au III du même article 35.

Article 7

Au titre de l'année 2013, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	OBJECTIF NATIONAL de dépenses
Dépenses de soins de ville	79,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,7
Autres prises en charge	1,3
Total	174,8

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2014

Section 1

Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

Article 8

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

A. – L'article L. 136-7 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– la seconde occurrence des mots : « du code général des impôts » est supprimée ;

– après la référence : « III *bis* de l'article 125 A », est insérée la référence : « et au I de l'article 125 D » ;

– les mots : « au I du même article 125 A et ceux mentionnés au I de l'article 125-0 A » sont remplacés par les références : « au I des articles 125 A et 125-0 A » ;

b) A la première phrase du 1°, après le mot : « impôts, », sont insérés les mots : « les revenus distribués sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 117 *quater* du même code, ainsi que » ;

2° Après la première occurrence du mot : « montant », la fin du premier alinéa du 1 du III *bis* est ainsi rédigée : « de l'assiette déterminée en application du *b* du même 3° est négatif, un excédent est reversé au contrat, correspondant à la contribution calculée sur la base de ce montant, sans pouvoir excéder le montant de la contribution déjà acquittée dans les conditions prévues au *a* dudit 3°. » ;

3° Le second alinéa du 1 du IV est ainsi modifié :

a) Les deux premières phrases sont ainsi rédigées :

« Ce versement est égal à 90 % du produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement intervient le 15 octobre au plus tard. » ;

b) A la dernière phrase, les mots : « ces dates » sont remplacés par les mots : « cette date » ;

B. – Le chapitre VIII *bis* du titre III du livre I^{er} est ainsi modifié :

1° L'intitulé est complété par les mots : « et par l'administration fiscale » ;

2° Il est rétabli un article L. 138-21 ainsi rédigé :

« Art. L. 138-21. – Les contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L. 245-15 du présent code, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 du présent code, au 2° du I de l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale pour son renvoi à l'article L. 136-7 du présent code sont déclarés et versés simultanément par les établissements payeurs.

« Les acomptes dus en application du IV du même article L. 136-7 en ce qu'il s'applique aux contributions et prélèvements mentionnés au premier alinéa du présent article autres que la contribution définie audit article L. 136-7 sont déterminés sur la base de l'assiette de cette contribution et font l'objet d'un versement global. »

II. – A la fin du second alinéa du 1 du II de l'article 1678 *quater* du code général des impôts, la date : « 25 novembre » est remplacée par la date : « 15 octobre ».

III. – L'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

1° A la fin du II, les références : « aux 3° à 9° du même II » sont remplacées par les mots : « au *a* du 3° et aux 4° à 9° du même II, et à compter du 1^{er} janvier 1997 pour les placements mentionnés au *b* du 3° dudit II » ;

2° Il est ajouté un III ainsi rédigé :

« III. – Les III à VI du même article L. 136-7 sont applicables à la contribution mentionnée au I du présent article. »

IV. – Pour les produits définis au *b* du 3° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale :

1° L'assiette des contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, au 2° du I de l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale pour son renvoi à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est celle définie au II du même article L. 136-7 ;

2° Les taux mentionnés au 2° du I de l'article L. 136-8 et au I de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale s'appliquent à la totalité de l'assiette définie au II de l'article L. 136-7 du même code.

V. – A. – Les 1° et 3° du A et le B du I, le II et le 2° du III du présent article, en tant qu'il rend le IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale applicable à la contribution mentionnée au I de l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée, entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

B. – Sous réserve du A du présent V en tant qu'il concerne le 2° du III du présent article, le 2° du A du I, le 1° du III et le IV s'appliquent aux faits générateurs intervenant à compter du 26 septembre 2013, nonobstant les articles 5 et 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997), l'article 19 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, l'article 72 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'article 28 de la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion, l'article 6 de la loi n° 2010-1657 du 9 décembre 2010 de finances pour 2011, l'article 10 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011, l'article 2 de la loi n° 2012-354 du 14 mars 2012 de finances rectificative pour 2012 et l'article 3 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

C. – Pour l'application du B, pour les faits générateurs intervenus entre le 26 septembre 2013 et le 30 avril 2014 inclus, les établissements payeurs procèdent à titre provisoire à la liquidation, au précompte et à la déclaration des contributions et prélèvements sociaux dus, selon les règles et sous les conditions applicables avant l'entrée en vigueur du présent article.

La différence entre le montant total dû en application du présent article et le montant liquidé et précompté à titre provisoire dans les conditions prévues au premier alinéa du présent C donne lieu à une régularisation en 2015. Cette régularisation est opérée selon les règles prévues au III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et sur le même article de rôle que l'impôt sur le revenu dû au titre de 2014.

Pour l'application des deux premiers alinéas du présent C, les établissements payeurs informent, avant le 31 mai 2014, les personnes physiques assujetties, par écrit ou par voie dématérialisée, du caractère provisoire de la liquidation des contributions et prélèvements sociaux et des modalités de régularisation définies au deuxième alinéa du présent C. Ils indiquent sur la déclaration prévue à l'article 242 *ter* du code général des impôts déposée en 2015, pour les faits générateurs intervenus, d'une part, entre le 26 septembre 2013 et le 31 décembre 2013 inclus et, d'autre part, entre le 1^{er} janvier 2014 et le 30 avril 2014 inclus, l'assiette déterminée selon les modalités prévues au *b* du 3° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, le montant des contributions et prélèvements déjà précomptés en application du *a* du même 3° et le montant des contributions et prélèvements déjà précomptés, ou le cas échéant restitués, à titre provisoire.

VI. – A. – Sont applicables à Mayotte, à compter de l'imposition des revenus perçus au cours de l'année 2013, la contribution prévue à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et les autres contributions et prélèvements assis, contrôlés et recouverts selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions.

B. – Sont applicables à Mayotte, à compter du 1^{er} janvier 2014, la contribution prévue à l'article L. 136-7 du même code et les autres contributions et prélèvements assis, contrôlés et recouverts selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions.

C. – Le 3^o du I de l'article 28-3 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est abrogé pour les revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2014.

Article 9

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

A. – L'article L. 731-14 est ainsi modifié :

1^o Après le 3^o, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« 4^o Pour leur montant excédant 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant qu'ils détiennent en pleine propriété ou en usufruit :

« a) Les revenus de capitaux mobiliers définis aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou ses enfants mineurs non émancipés ainsi que les revenus mentionnés au 4^o de l'article 124 du même code perçus par ces mêmes personnes ;

« b) En cas d'exploitation sous la forme d'une société passible de l'impôt sur le revenu, la part des revenus mentionnés aux 1^o et 2^o du présent article perçus par le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par les enfants mineurs non émancipés du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, lorsqu'ils sont associés de la société.

« Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social, au sens du 4^o du présent article, ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant. » ;

2^o Au dernier alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

B. – A la première phrase du deuxième alinéa et à la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 731-15, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

C. – L'article L. 731-17 est abrogé.

II. – Le A du I s'applique aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2014, sous réserve des dispositions transitoires suivantes :

1^o Les revenus mentionnés au 4^o de l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime sont pris en compte pour 75 % de leur montant pour le calcul de l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2014 ;

2^o Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du premier alinéa de l'article L. 731-15 du même code, l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2014 est constituée par la moyenne des revenus professionnels mentionnés aux 1^o à 3^o de l'article L. 731-14 dudit code, à laquelle sont ajoutés 75 % des revenus mentionnés au 4^o du même article perçus en 2013 ;

3^o Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du premier alinéa de l'article L. 731-15 du même code, l'assiette des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2015 est constituée par la moyenne des revenus professionnels mentionnés aux 1^o à 3^o de l'article L. 731-14 dudit code, à laquelle est ajoutée la moyenne des revenus mentionnés au 4^o du même article perçus en 2013 et 2014.

III. – Le I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Au premier alinéa, la référence : « de l'article L. 136-3 » est remplacée par les références : « des articles L. 136-3 et L. 136-4 du présent code » ;

2^o A la première phrase du 1^o, la référence : « de l'article L. 136-3 » est remplacée par les références : « des articles L. 136-3 et L. 136-4 ».

IV. – Il est prélevé, au 1^{er} janvier 2014, au profit du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire prévu à l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime, une somme de 160 millions d'euros sur les réserves mentionnées au 3 du III de l'article 37 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur les salaires.

V. – La Caisse nationale d'allocations familiales et les branches mentionnées aux 2^o et 3^o de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime versent, en début d'exercice, au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire institué par l'article L. 732-56 du même code une quote-part des droits mentionnés au 5^o de l'article L. 731-2 et au 3^o de l'article L. 731-3 dudit code et à l'article 575 du code général des impôts dont ils sont tributaires, égale à la prévision annuelle du surplus de recettes résultant du présent article, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font l'objet d'une régularisation lors du versement de l'année suivante.

Article 10

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

1° Au 8° de l'article L. 613-1, la référence : « VII de l'article 151 *septies* » est remplacée par la référence : « 2 du IV de l'article 155 » ;

2° L'article L. 633-10 est ainsi modifié :

a) A la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « , dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret » sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Ces cotisations sont assises pour partie sur le revenu d'activité dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 et pour partie sur la totalité du revenu d'activité. Les taux des cotisations sont fixés par décret. La somme de ces taux est égale à la somme des taux fixés en application des deuxième et avant-dernier alinéas du même article L. 241-3. » ;

c) Les troisième et dernier alinéas sont supprimés.

II. – Le I s'applique aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2014. Par dérogation, la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 633-10 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du I du présent article, ne s'applique pas aux cotisations dues au titre des années 2014 et 2015.

Article 11

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

1° L'article L. 161-45 est ainsi modifié :

a) Le 4° est ainsi rédigé :

« 4° Des produits divers, des dons et legs ; »

b) Les 4° *bis*, 5° et 6° sont abrogés ;

2° Le IV *bis* de l'article L. 165-11 est abrogé ;

3° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

a) Il est rétabli un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ; »

b) Au 7°, les mots : « 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 R et 1635 *bis* AE du code général des impôts et les droits perçus au titre » sont remplacés par les mots : « 1600-0 O et 1600-0 R du code général des impôts et les droits perçus au titre des articles 1635 *bis* AE, 1635 *bis* AF, 1635 *bis* AG et 1635 *bis* AH du même code et » ;

4° Aux articles L. 245-1 et L. 245-5-1, les mots : « et de la Haute Autorité de santé » sont supprimés.

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

1° Les articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 sont abrogés ;

2° A l'article L. 5522-1, les mots : « , à l'exception de l'article L. 5211-5-1, » sont supprimés.

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

1° La section V *quinquies* du chapitre III du titre III de la deuxième partie du livre I^{er} est complétée par des articles 1635 *bis* AF à 1635 *bis* AH ainsi rédigés :

« Art. 1635 *bis* AF. – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un médicament mentionné à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des médicaments pris en charge et utilisés par les collectivités publiques, dans les conditions mentionnées aux articles L. 5123-2 à L. 5123-5 du code de la santé publique.

« II. – Le montant de ce droit est fixé, dans la limite de 5 600 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. Le montant du droit perçu à l'occasion d'une demande de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription est fixé, dans les mêmes conditions, dans les limites respectives de 60 % et de 20 % du droit perçu pour une demande d'inscription.

« III. – Le versement du droit est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. Ce droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.

« Art. 1635 *bis* AG. – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un produit de santé sur la liste prévue au I de l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale.

« II. – Le montant de ce droit est fixé, dans la limite de 5 600 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

« III. – Le versement du droit est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. Ce droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement.

« Art. 1635 bis AH. – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt de toute demande d'inscription d'un dispositif médical à usage individuel sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

« II. – Le montant de ce droit est fixé, dans la limite de 5 600 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

« III. – Le versement du droit est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. Ce droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. » ;

2° Au III bis de l'article 1647, les mots : « 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés à l'article 1635 bis AE » sont remplacés par les mots : « 1600-0 O, 1600-0 P et 1600-0 R et sur celui des droits mentionnés aux articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH ».

IV. – Le livre des procédures fiscales est ainsi modifié :

A. – L'intitulé du 8° du VII de la section 2 du chapitre III du titre II de la première partie est complété par les mots : « et Haute Autorité de santé » ;

B. – L'article L. 166 D est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'administration chargée du recouvrement des droits prévus aux articles 1635 bis AF à 1635 bis AH du code général des impôts et la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale se transmettent, spontanément ou sur demande, les informations relatives aux droits prévus aux mêmes articles 1635 bis AF à 1635 bis AH.

« Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal. »

Article 12

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

1° L'article 238 bis GC est ainsi rédigé :

« Art. 238 bis GC. – Les contributions dues par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés conformément au IX de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article 1600-0 N est abrogé ;

3° L'article 1600-0 Q est ainsi modifié :

a) Aux premier et second alinéas du I et au II, la référence : « 1600-0 N, » est supprimée ;

b) Au second alinéa du III, les mots : « de manière séparée » et les mots : « afférente aux ventes de médicaments et produits de santé mentionnés au II de l'article 1600-0 N et celle » sont supprimés ;

c) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – Lorsque le montant des taxes mentionnées aux articles 1600-0 O et 1600-0 P est inférieur ou égal à 300 €, les redevables sont dispensés du paiement de la taxe ainsi que du dépôt de la déclaration mentionnée au I. ».

II. – A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 166 D du livre des procédures fiscales, les mots : « des taxes prévues aux articles 1600-0 N et » sont remplacés par les mots : « de la taxe prévue à l'article ».

III. – L'article L. 5121-18 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa, les mots : « des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « de la contribution prévue au I de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale et de la taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts » et, après les mots : « ces taxes », sont insérés les mots : « ou contributions » ;

2° Le second alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les ventes des médicaments exclus de l'assiette de la contribution prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale en application du III du même article doivent également faire l'objet de la déclaration prévue au premier alinéa du présent article par la personne qui assure en France l'exploitation, au sens de l'article L. 5124-1 du présent code, de ces médicaments.

« Toute personne qui assure en France l'exploitation, au sens du même article L. 5124-1, et la vente en France d'un médicament ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au 1° du I de l'article L. 5121-12 est également tenue d'adresser à l'agence et au comité la déclaration des ventes réalisées pour ce médicament prévue au premier alinéa du présent article. »

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

1° Au 2° du II de l'article L. 245-2, après la référence : « L. 162-16 du présent code », sont insérés les mots : « ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique » ;

2° A la fin de l'intitulé de la section 2 bis du chapitre V du titre IV du livre II, les mots : « prises en charge par l'assurance maladie » sont supprimés ;

3° L'article L. 245-6 est ainsi rédigé :

« Art. L. 245-6. – I. – Il est institué une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.

« II. – La contribution prévue au I du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant :

« 1° D'un enregistrement, au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ;

« 2° D'une autorisation de mise sur le marché, au sens de l'article L. 5121-8 du même code, délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 dudit code ;

« 3° D'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne, au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;

« 4° D'une autorisation d'importation parallèle, en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.

« III. – Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article :

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

« 2° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros ;

« 3° Les médicaments dérivés du sang respectant les principes mentionnés aux articles L. 1221-3 à L. 1221-6 du code de la santé publique ou relevant du second alinéa de l'article L. 5121-11 du même code. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé fixe la liste des spécialités ou des lots de production exclus de l'assiette.

« IV. – Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution prévue au I du présent article s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national pour une liste de produits fixée par arrêté et dans des conditions définies par une convention tripartite passée entre l'Etat, un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les entreprises fabriquant ou exploitant des médicaments et un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les grossistes-répartiteurs.

« V. – Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,17 %.

« VI. – Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I est instituée pour les entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, ou d'une ou plusieurs spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

« VII. – La contribution additionnelle prévue au VI du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux II, III et IV du présent article et inscrites sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« VIII. – Le taux de la contribution additionnelle prévue au VI du présent article est de 1,6 %.

« IX. – Les contributions prévues aux I et VI sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

« X. – Les contributions prévues aux I et VI sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1^{er} juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1^{er} mars de l'année suivant celle au titre de laquelle les contributions sont dues. »

V. – Le 3° du IV du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

VI. – A titre transitoire, la taxe mentionnée à l'article 1600-0 N du code général des impôts demeure exigible pour toutes les ventes de médicaments et de produits de santé réalisées jusqu'au 31 décembre 2013.

VII. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du 3^o du II de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 3^o du IV du présent article, 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 13

L'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

- a) A la première phrase, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;
- b) A la seconde phrase, le mot : « seconde » est remplacé par le mot « deuxième » ;
- c) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées :

« Une troisième part est constituée, pour les spécialités autres que celles mentionnées aux deux dernières phrases du premier alinéa de l'article L. 138-9, de la fraction du chiffre d'affaires hors taxes réalisée par l'entreprise au cours de l'année civile correspondant au montant de la marge rétrocédée aux pharmacies mentionnées au premier alinéa de l'article L. 138-1. Ce montant est égal à la différence entre la marge maximum mentionnée au deuxième alinéa du même article et la marge effectivement appliquée par l'entreprise. » ;

2^o Le troisième alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Le montant de la contribution est calculé en appliquant :

- « a) Un taux de 1,75 % à la première part ;
- « b) Un taux de 2,25 % à la deuxième part, y compris lorsqu'elle est négative ;
- « c) Un taux de 20 % à la troisième part.

« Le montant cumulé résultant des opérations effectuées sur les deux premières part de l'assiette de la contribution, conformément aux a et b, ne peut ni excéder 2,55 %, ni être inférieur à 1,25 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile. » ;

3^o Après la dernière occurrence du mot : « première », la fin de la première phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « et de la troisième parts. »

Article 14

I. – Le même code est ainsi modifié :

1^o L'article L. 912-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 912-1. – I. – Les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés à l'article L. 911-1 peuvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, prévoir l'institution de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.

« Dans ce cas, les accords peuvent organiser la couverture des risques concernés en recommandant un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ou une ou plusieurs institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances, sous réserve du respect des conditions définies au II du présent article.

« Le ou les organismes ou institutions adressent annuellement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre, dont le contenu est précisé par décret.

« II. – La recommandation mentionnée au I doit être précédée d'une procédure de mise en concurrence des organismes ou institutions concernés, dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats et selon des modalités prévues par décret.

« Le ou les organismes ou institutions ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord. Ils sont tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés.

« III. – Les accords mentionnés au I comportent une clause fixant dans quelles conditions et selon quelle périodicité, qui ne peut excéder cinq ans, les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées. La procédure prévue au premier alinéa du II est applicable à ce réexamen.

« IV. – Les accords mentionnés au I peuvent prévoir que certaines des prestations nécessitant la prise en compte d'éléments relatifs à la situation des salariés ou sans lien direct avec le contrat de travail les liant à leur employeur sont financées et gérées de façon mutualisée, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, pour l'ensemble des entreprises entrant dans leur champ d'application. » ;

2^o [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013.]

3^o [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013.]

II. – Le 1^o du I s'applique aux accords conclus à compter du 1^{er} janvier 2014. [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013.]

Article 15

Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2014 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux K est fixé à 0,4 %.

Article 16

Le II *quinquies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) A la première phrase, les mots : « 2018 de la branche mentionnée au 3° » sont remplacés par les mots : « 2017 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° » et, après les mots : « même code », sont insérés les mots : « , déduction faite de la part des déficits de l'exercice 2011 couverte en application du II *quater* du présent article » ;

b) Les deux dernières phrases sont remplacées par une phrase ainsi rédigée :

« Les versements, dont les dates et montants sont fixés par décret et qui peuvent faire l'objet d'acomptes provisionnels, interviennent au plus tard le 30 juin de chaque année à compter de 2012. » ;

2° Le second alinéa est ainsi rédigé :

« Dans le cas où le montant des déficits mentionnés au premier alinéa du présent II *quinquies* excède les plafonds qui y sont cités, les transferts sont affectés, par priorité, à la couverture des déficits de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 dudit code, puis de ceux du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, puis des déficits les plus anciens de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 dudit code et, enfin, des déficits de la branche mentionnée au 4° du même article. »

Article 17

I. – Après la référence : « L. 651-2-1 », la fin du 4° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « , les produits financiers mentionnés à ce même alinéa, ainsi que le reliquat du produit au titre des exercices antérieurs à 2011, dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ; ».

II. – Au premier alinéa du I de l'article L. 137-13 et au premier alinéa de l'article L. 137-14 du même code, les mots : « des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires » sont remplacés par les mots : « de la Caisse nationale des allocations familiales ».

III. – Au premier alinéa de l'article L. 137-14 du même code, les mots : « définis aux 6 et 6 *bis* de l'article 200 A » sont remplacés par les mots : « mentionnés au I des articles 80 *bis* et 80 *quaterdecies* ».

IV. – A la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 137-18 du même code, les mots : « aux régimes obligatoires d'assurance maladie dont ils relèvent » sont remplacés par les mots : « à la Caisse nationale des allocations familiales ».

V. – Au premier alinéa de l'article L. 137-19 du même code, les mots : « de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « des allocations familiales ».

VI. – Le deuxième alinéa de l'article L. 137-24 du même code est ainsi rédigé :

« Le surplus du produit de ces prélèvements est affecté à la Caisse nationale des allocations familiales. »

VII. – Au premier alinéa de l'article L. 139-1 du même code, les références : « et des articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 » sont supprimées.

VIII. – Au 9° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, la référence : « 1010, » est supprimée.

IX. – L'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) A la fin du deuxième alinéa, le taux : « 56,8 % » est remplacé par le taux : « 53,5 % » ;

b) A la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,1 % » est remplacé par le taux : « 27,5 % » ;

c) A la fin du dernier alinéa, le taux : « 16,1 % » est remplacé par le taux : « 19 % » ;

2° Il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

« 2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ; »

3° Il est rétabli un 4° ainsi rédigé :

« 4° Le produit de la taxe mentionnée au 2° *bis* de l'article 1001 du code général des impôts est affecté, à parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; »

4° Il est rétabli un 5° ainsi rédigé :

« 5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14, L. 137-18 et L. 137-19 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ; » ;

5° Le 7° est ainsi modifié :

- a) A la fin du *a*, le taux : « 68,14 % » est remplacé par le taux : « 60 % » ;
- b) A la fin du *b*, le taux : « 7,27 % » est remplacé par le taux : « 8,97 % » ;
- c) A la fin du *c*, le taux : « 9,46 % » est remplacé par le taux : « 17,6 % » ;
- d) Au *e*, les mots : « Aux branches mentionnées aux 1° et » sont remplacés par les mots : « A la branche mentionnée au » et le taux : « 9,18 % » est remplacé par le taux : « 7,48 % ».

X. – Le tableau du dernier alinéa de l'article L. 137-16 du même code est ainsi rédigé :

	POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 20 %	POUR les rémunérations ou gains soumis à la contribution au taux de 8 %
Caisse nationale d'assurance vieillesse	16 points	6,4 points
Fonds mentionné à l'article L. 135-1	4 points	1,6 point
Dont section mentionnée à l'article L. 135-3-1	0,5 point	0,5 point

XI. – Le 4° de l'article L. 241-2 du même code est abrogé.

XII. – L'article L. 245-16 du même code est ainsi modifié :

- 1° Le deuxième alinéa du II est supprimé ;
- 2° A l'avant-dernier alinéa, le taux : « 2,75 % » est remplacé par le taux : « 1,15 % » ;
- 3° Le dernier alinéa est supprimé ;
- 4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
« – une part correspondant à un taux de 2,05 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »

XIII. – L'article L. 136-8 du même code est ainsi modifié :

- 1° Le IV est ainsi modifié :
 - a) Après les mots : « à un taux », la fin du 1° est ainsi rédigée : « de 0,87 % ; »
 - b) Après les mots : « à un taux », la fin du 2° est ainsi rédigée : « de 0,85 % ; »
 - c) Le 4° est ainsi modifié :
 - au *a*, les mots : « Sous réserve des dispositions du *g*, » sont supprimés et le taux : « 5,25 % » est remplacé par le taux : « 5,20 % » ;
 - au *b*, le taux : « 4,85 % » est remplacé par le taux : « 4,80 % » ;
 - au *c*, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 5,90 % » ;
 - au *d*, le taux : « 3,95 % » est remplacé par le taux : « 3,90 % » ;
 - au *e*, le taux : « 4,35 % » est remplacé par le taux : « 4,30 % » ;
 - le *g* est abrogé ;
- 2° Il est ajouté un VI ainsi rédigé :
« VI. – 1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir le produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article.
« 2. Il en est de même pour les produits recouverts simultanément aux contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7. »

XIV. – Le III de l'article 17 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

- 1° Au premier alinéa, les mots : « l'année 2013 » sont remplacés par les mots : « les années 2013 et 2014 » ;
- 2° Le début du 1° est ainsi rédigé : « 1° Pour l'année 2013, le... (*le reste sans changement*). » ;
- 3° Le 2° est ainsi modifié :
 - a) Après le mot : « sociale, », sont insérés les mots : « pour l'année 2013, » ;
 - b) Sont ajoutés les mots : « ; pour l'année 2014, le taux : "0,85 %" est remplacé par le taux : "0,892 %" et, à la fin du 3° du même IV, le taux : "0,1 %" est remplacé par le taux : "0,058 %" » ;
- 4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 3° Pour l'année 2014, le produit de la contribution instituée au I du présent article est affecté pour une part de 80,38 % à la section mentionnée au II de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, pour une part de 4,24 % à la section mentionnée au IV du même article et pour une part de 15,39 % à la section mentionnée au V *bis* dudit article. Cette dernière part permet, dans la limite de 30 millions d'euros, le financement d'actions d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1° et 2° de l'article L. 313-1-2 du même code, dans des conditions fixées par arrêté interministériel. »

XV. – Les 4^o et 5^o de l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale sont abrogés ;

XVI. – Après la première phrase du dernier alinéa du VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Il est réparti entre les différents tributaires des contributions et prélèvements mentionnés au tableau de l'avant-dernier alinéa au prorata de leur part respective dans ces prélèvements en 2011. Pour les exercices ultérieurs, il peut être imputé sur l'ensemble des contributions et prélèvements mentionnés au même tableau dont ces organismes sont affectataires. »

XVII. – Le présent article s'applique aux produits assis sur les opérations dont le fait générateur intervient à compter du 1^{er} janvier 2014, à l'exception des dispositions relatives aux contributions sur les revenus du patrimoine qui s'appliquent aux revenus perçus en 2013 et assujettis en 2014.

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 avril 2014, un rapport sur les réformes envisageables du financement de la protection sociale au regard des objectifs de pérennité du système de protection sociale, de performance économique, sociale et environnementale du système productif français et de justice et de progressivité des prélèvements sociaux et fiscaux.

XVIII. – Avant le 1^{er} septembre 2014, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à l'utilisation des fonds de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, en précisant tout particulièrement l'affectation des 100 millions d'euros de la contribution de solidarité pour l'autonomie conservés, en 2014, au sein de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Article 18

Après l'article 1613 *bis* du code général des impôts, il est inséré un article 1613 *bis* A ainsi rédigé :

« Art. 1613 bis A. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons dites énergisantes contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres, destinées à la consommation humaine :

« 1^o Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2^o Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 100 € par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année à compter du 1^{er} janvier 2014, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au *Journal officiel*.

« III. – 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV. – Les expéditions vers un autre Etat membre de l'Union européenne ou un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au 1 du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre Etat membre de l'Union européenne ou un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou à une exportation vers un pays tiers acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier des dispositions du deuxième alinéa du présent IV, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et dans tous les cas au service des douanes dont ils dépendent, une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnée au même alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

« V. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais.

« VI. – Le produit de la contribution mentionnée au I est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »

Article 19

I. – L'article 1001 du même code est ainsi modifié :

1^o Après le 2^o *bis*, il est inséré un 2^o *ter* ainsi rédigé :

« 2^o *ter* A 14 % pour les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative et les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire qui ne satisfont pas à l'ensemble des conditions prévues au 2^o *bis* respectivement pour ces deux types de contrat ; » ;

2^o Le dernier alinéa est complété par les mots : « et à l'exception d'une fraction du produit de la taxe afférente aux contrats mentionnés au 2^o *ter* qui est affectée, pour la part correspondant à un taux de 5 %, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ».

II. – L'article L. 3332-2-1 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :

1^o Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

« I. – Les départements perçoivent une part du produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance mentionnée aux articles 991 à 1004 du code général des impôts, selon les modalités définies au dernier alinéa de l'article 1001 du même code. » ;

2^o Le IV est abrogé.

III. – Le présent article s'applique aux primes ou cotisations échues à compter du 1^{er} janvier 2014.

Article 20

I. – Les quatre premiers alinéas de l'article L. 6243-3 du code du travail sont ainsi rédigés :

« L'Etat prend en charge les cotisations et contributions sociales des apprentis qui font l'objet d'exonérations, dans les conditions suivantes :

« 1^o Sur une base forfaitaire globale, pour les cotisations dues au titre des articles L. 3253-14, L. 5423-3 et L. 5424-15 ;

« 2^o Sur la base d'un taux forfaitaire déterminé par décret, pour le versement pour les transports prévu aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;

« 3^o Sur une base forfaitaire suivant des modalités déterminées par décret, pour les autres cotisations et contributions. »

II. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à la part des cotisations d'assurance vieillesse dont l'assiette est comprise entre la base mentionnée au 3^o de l'article L. 6243-3 du code du travail et la rémunération de l'apprenti au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

III. – Le code du service national est ainsi modifié :

1^o Les deux premiers alinéas de l'article L. 120-26 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque le service est accompli en France, l'assiette des cotisations au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles et des allocations familiales, ainsi que des contributions définies aux articles L. 136-2 du code de la sécurité sociale et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, est constituée des indemnités prévues à la section 4 du présent chapitre.

« Les taux de ces cotisations et contributions sont fixés selon les modalités prévues aux articles L. 136-8, L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée. Pour la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, un taux forfaitaire est fixé par arrêté.

« Leur versement, y compris celui des cotisations et contributions à la charge de la personne volontaire, est assuré par la personne morale agréée en application de l'article L. 120-30 du présent code ou par l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique.

« Les cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle autres que celles mentionnées au premier alinéa du présent article ne sont pas dues. » ;

2^o Les deux derniers alinéas de l'article L. 120-28 sont supprimés.

IV. – A. – Les embauches réalisées en contrat à durée déterminée en application de l'article L. 5132-15-1 du code du travail et ouvrant droit au versement de l'aide mentionnée à l'article L. 5132-2 du même code donnent lieu, sur la part de la rémunération inférieure ou égale au salaire minimum de croissance, pendant la durée d'attribution de cette aide, à une exonération :

1^o Des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales ;

2^o De la taxe sur les salaires ;

3^o De la taxe d'apprentissage ;

4^o Des participations dues par les employeurs au titre de l'effort de construction.

B. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à l'exonération mentionnée au A du présent IV.

Article 21

Est approuvé le montant de 3,8 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 22

Pour l'année 2014, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie.....	188,0	194,0	- 6,0
Vieillesse.....	219,4	221,0	- 1,7
Famille.....	56,9	59,2	- 2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	13,5	13,3	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	464,6	474,5	- 9,8

Article 23

Pour l'année 2014, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie.....	163,8	169,8	- 6,0
Vieillesse.....	116,0	117,2	- 1,2
Famille.....	56,9	59,2	- 2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,1	12,0	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	336,6	346,1	- 9,5

Article 24

I. – Pour l'année 2014, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Fonds de solidarité vieillesse.....	17,0	20,4	- 3,4

II. – Pour l'année 2014, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 12,8 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2014, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS DE RECETTES
Recettes affectées.....	0
Total.....	0

IV. – Pour l'année 2014, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS DE RECETTES
Recettes fiscales	0,1
Total.....	0,1

Article 25

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2014 à 2017), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Section 3

Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité

Article 26

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

1° L'article L. 131-6-2 est ainsi modifié :

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

« Lorsque le revenu d'activité de la dernière année écoulée est définitivement connu, les cotisations provisionnelles, à l'exception de celles dues au titre de la première année d'activité, sont recalculées sur la base de ce revenu. » ;

b) Au troisième alinéa, après les mots : « d'activité », sont insérés les mots : « de l'année au titre de laquelle elles sont dues » ;

c) A la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « sur la base du dernier revenu d'activité connu ou » sont supprimés ;

2° Le second alinéa du I de l'article L. 133-6-2 est supprimé ;

3° L'article L. 722-4 est ainsi modifié :

a) A la fin, les mots : « , appréciés en application de l'article L. 131-6 » sont supprimés ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Cette cotisation est calculée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Son taux est fixé par décret. »

II. – A. – Les 1° et 2° du I s'appliquent aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2015.

B. – Par dérogation au A du présent II, le 1° du I s'applique aux cotisations de sécurité sociale recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1 du code de la sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016.

C. – Le 3^o du I s'applique aux cotisations sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2014.

Article 27

I. – Les conditions dans lesquelles les employeurs mentionnés au I de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ainsi que ceux qui ont recours à un tiers pour l'accomplissement de leurs déclarations de cotisations sociales sont soumis, en fonction du montant annuel de leurs cotisations, à l'obligation de déclaration sociale nominative au plus tard le 1^{er} juillet 2015 sont fixées par décret.

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

1^o La section 5 du chapitre III du titre IV du livre II est abrogée ;

2^o La section 1 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-5-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-5-5. – I. – Tout employeur est tenu d'effectuer les déclarations pour le calcul de ses cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. Les seuils au-delà desquels ces formalités s'imposent sont fixés par décret, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales.

« II. – La méconnaissance de l'obligation de déclaration prévue au I entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. La méconnaissance de l'obligation de versement prévue au même I entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions. » ;

3^o La section 2 *bis* du même chapitre III *bis* est complétée par un article L. 133-6-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-6-7-2. – Les travailleurs indépendants non agricoles sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. Le seuil au-delà duquel ces formalités s'imposent est fixé par décret, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales ou, pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 133-6-8, en fonction du chiffre d'affaires. La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5. » ;

4^o Aux articles L. 612-10 et L. 623-1, la référence : « L. 243-14 » est remplacée par la référence : « L. 133-5-5 » ;

5^o A l'article L. 722-5, les références : « des sections 4 et 5 » sont remplacées par la référence : « de la section 4 » et la référence : « de l'article L. 374-1 » est remplacée par les références : « des articles L. 133-6-7-2 et L. 374-1 ».

B. – L'article L. 1221-12-1 du code du travail est ainsi rédigé :

« Art. L. 1221-12-1. – Sont tenus d'adresser les déclarations préalables à l'embauche par voie électronique :

« 1^o Les employeurs dont le personnel relève du régime général de sécurité sociale, autres que les particuliers employant un salarié à leur service, et dont le nombre de déclarations préalables à l'embauche accomplies au cours de l'année civile précédente excède un seuil fixé par décret ;

« 2^o Les employeurs dont le personnel relève du régime de protection sociale agricole et dont le nombre de déclarations préalables à l'embauche accomplies au cours de l'année civile précédente excède un seuil fixé par décret.

« Le non-respect de cette obligation entraîne l'application d'une pénalité, fixée par décret, dans la limite de 0,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par salarié, recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions relatives au recouvrement des cotisations de sécurité sociale. Les pénalités dues au titre d'une année civile sont versées au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations de sécurité sociale de l'année suivante. »

C. – L'article L. 725-22 du code rural et de la pêche maritime est abrogé.

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

1^o Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Dans les départements d'outre-mer, ainsi que dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon, la déduction de cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle est majorée d'un montant fixé par décret. » ;

2^o Au début de la seconde phrase, les mots : « Cette déduction n'est cumulable » sont remplacés par les mots : « Ces déductions ne sont cumulables ».

B. – Au dernier alinéa de l'article L. 133-8 du même code, les mots : « une attestation d'emploi se substituant à la remise du bulletin de paie prévue à » sont remplacés par les mots : « un document valant bulletin de paie, au sens de ».

C. – A la dernière phrase du premier alinéa du II de l'article L. 243-1-2 du même code, les mots : « salaire ou l'attestation d'emploi » sont remplacés par les mots : « paie ou le document mentionné à l'article L. 133-8 ».

D. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 1271-3, les mots : « une attestation d'emploi se substituant à la remise du bulletin de paie prévue à » sont remplacés par les mots : « un document valant bulletin de paie, au sens de » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 1271-4 est ainsi modifié :

a) Au début de la première phrase, sont ajoutés les mots : « Pour les salariés dont le nombre d'heures de travail effectuées n'excède pas un seuil fixé par décret, » ;

b) A la même phrase, après le mot : « indemnité », il est inséré le mot : « compensatrice » ;

c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le présent alinéa est applicable également au-delà du seuil précité en cas d'accord entre l'employeur et le salarié. » ;

3° A la fin de l'article L. 1522-1, les mots : « lorsque celui-ci a la nature d'un titre spécial de paiement » sont supprimés ;

4° Le dernier alinéa de l'article L. 1522-4 est supprimé.

Article 28

Après la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-17-2-1, du seizième alinéa de l'article L. 162-17-4, du troisième alinéa du II de l'article L. 162-17-4-1, de l'avant-dernier alinéa des articles L. 162-17-7 et L. 162-17-8, du dernier alinéa du II de l'article L. 165-1-2, de l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 165-3 et des articles L. 165-5, L. 165-8-1 et L. 165-13 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. »

Article 29

A titre exceptionnel, il est prélevé, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une somme égale à 65 % des réserves, constatées au 31 décembre 2013, du fonds national de gestion technique des agents en activité et de leurs ayants droit de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

Article 30

I. – Au premier alinéa du I de l'article 38 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les mots : « l'année 2013 » sont remplacés par les mots : « les années 2013 à 2017 ».

II. – A. – Par dérogation aux articles L. 1224-1 et L. 1224-3 du code du travail, les salariés de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines bénéficiaires, à la date de publication de la présente loi, d'un contrat de travail à durée indéterminée et dont les activités sont transférées vers une autre entité juridique optent individuellement :

1° Soit pour leur mise à la disposition du nouvel employeur par la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, dans les conditions prévues aux articles L. 8241-1 et L. 8241-2 du même code ;

2° Soit pour le transfert de leur contrat de travail, dans les conditions prévues audit code. Dans ce cas, les salariés bénéficiant, à la date du transfert, de certains avantages en nature présentant un caractère viager peuvent se voir proposer une indemnité compensatrice, dont les modalités sont déterminées par accord collectif. Si aucun accord collectif n'est conclu dans les six mois suivant la publication de la présente loi ou si celui-ci n'est pas agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale, les modalités de cette indemnité peuvent être déterminées par décret.

B. – A défaut d'exercice du droit d'option, le 2° du A s'applique au salarié dont l'activité est transférée.

C. – Dans les quinze mois suivant le transfert de l'activité, le salarié dont le contrat a été transféré peut demander à réintégrer les effectifs de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, dans les conditions de son précédent contrat et sous réserve, le cas échéant, du remboursement de l'indemnité compensatrice mentionnée au 2° du A. Dans ce cas, le salarié est mis à disposition dans les conditions prévues au 1° du même A.

D. – Les modalités d'exercice du droit d'option sont fixées par décret.

Article 31

Sont habilités en 2014 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

(En milliards d'euros)

	MONTANTS LIMITES
Agence centrale des organismes de sécurité sociale.....	34 500
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.....	3 500
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.....	950
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.....	900
Caisse nationale des industries électriques et gazières.....	440
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français.....	450
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens.....	15

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2014

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 32

La section 6 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-31-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-31-1. – I. – Des expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins peuvent être mises en œuvre, pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques. Ces projets pilotes concernent soit un nombre restreint de pathologies, dont la liste est fixée par le décret en Conseil d'Etat mentionné au deuxième alinéa, soit un nombre restreint de régions dans lesquelles ils sont mis en œuvre.*

« L'objet, le champ et la durée des expérimentations sont précisés par décret en Conseil d'Etat.

« Le contenu des projets pilotes et leur périmètre territorial sont définis par un cahier des charges national arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et, le cas échéant, décliné, en fonction des spécificités locales, par les agences régionales de santé.

« Les expérimentations sont mises en œuvre par le biais de conventions signées entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales volontaires ainsi que, le cas échéant, des organismes complémentaires d'assurance maladie.

« II. – Pour la mise en œuvre des projets pilotes prévus au I, il peut être dérogé :

« 1^o Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

« 2^o A l'article L. 162-2, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« 3^o Aux 1^o, 2^o, 6^o et 9^o de l'article L. 321-1, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« 4^o Aux articles L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations ;

« 5^o Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« 6^o Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du même code, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 dudit code.

« Les modalités de financement dérogatoire par l'assurance maladie dans le cadre de ces expérimentations sont définies dans le cadre des conventions mentionnées au I.

« III. – Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours

des patients pris en charge dans le cadre des expérimentations. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée dans le cadre de l'expérimentation.

« IV. – Les agences régionales de santé réalisent une évaluation annuelle des expérimentations mises en œuvre dans le cadre des projets pilotes, transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un bilan des expérimentations en cours et lui présente, au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation, un rapport d'évaluation portant sur l'opportunité de leur généralisation.

« Pour la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des expérimentations prévues au présent article, les médecins désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé et les personnels placés sous leur responsabilité ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1. »

Article 33

I. – A la première phrase du premier alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, le mot : « six » est remplacé par le mot : « sept ».

II. – Le I de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « mentionnée » est remplacé par les mots : « ou d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionnés », après les mots : « nouvelle convention », sont insérés les mots : « ou à l'accord » et, après les mots : « de convention », sont insérés les mots : « ou d'accord » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) A la deuxième phrase, après le mot : « convention », sont insérés les mots : « ou un nouvel accord » ;

b) La troisième phrase est complétée par les mots : « ou d'un nouvel accord ».

Article 34

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013.]

Article 35

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

1° A la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 4011-1, la seconde occurrence du mot : « et » est remplacée par le mot : « à » ;

2° L'article L. 4011-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4011-2. – Les professionnels de santé peuvent soumettre à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. Ces derniers précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Ces protocoles sont accompagnés d'un modèle économique précisant notamment les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés. Ce modèle économique est établi avec l'appui de l'agence régionale de santé. Son contenu est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Après avoir vérifié que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional, le directeur général de l'agence régionale de santé en autorise la mise en œuvre par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé et après avis du collège des financeurs prévu à l'article L. 4011-2-1. Cet arrêté précise la durée du protocole. » ;

3° Après le même article L. 4011-2, sont insérés des articles L. 4011-2-1 à L. 4011-2-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 4011-2-1. – Un collège des financeurs, composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'assurance maladie et de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, émet, pour chacun des protocoles de coopération transmis par l'agence régionale de santé, un avis portant sur le modèle économique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 4011-2 ainsi que sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et la durée de celle-ci.

« Cet avis est transmis à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

« Art. L. 4011-2-2. – I. – Le financement dérogatoire des protocoles de coopération pour lesquels le collège des financeurs mentionné à l'article L. 4011-2-1 a donné un avis favorable peut être autorisé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour une durée n'excédant pas trois ans, renouvelable une fois.

« En tant que de besoin, ce financement peut déroger aux dispositions suivantes :

« a) Articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

« b) 1^o, 2^o, 6^o et 9^o de l'article L. 321-1 du même code, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« c) Article L. 162-2 dudit code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« d) Articles L. 322-2 et L. 322-3 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

« II. – Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de l'autorisation mentionnée au premier alinéa du I du présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3^o du D du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 4011-2-3. – I. – Six mois avant le terme d'un protocole de coopération, les professionnels de santé transmettent à l'agence régionale de santé les éléments, prévus par arrêté du ministre chargé de la santé, nécessaires à son évaluation.

« L'agence transmet ces éléments, accompagnés de son avis sur la pérennisation de ce protocole, à la Haute Autorité de santé et au collège des financeurs. La Haute Autorité de santé réalise une évaluation médico-économique du protocole et rend un avis sur son efficience.

« II. – Sur la base des éléments transmis par l'agence et de l'avis de la Haute Autorité de santé, le collège des financeurs rend un avis sur le maintien et, le cas échéant, sur la prise en charge financière du protocole soit à titre dérogatoire pour une durée limitée, soit à titre définitif par une inscription des actes concernés sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Dans le cas d'un avis favorable du collège des financeurs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut maintenir le protocole pour une durée qu'il fixe.

« III. – Lorsque, en application du II, le collège des financeurs rend un avis favorable au maintien et, le cas échéant, à la prise en charge financière d'un protocole de coopération, la Haute Autorité de santé peut étendre ce protocole à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de santé peut autoriser la mise en œuvre du protocole par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision. »

II. – Après le 8^o de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 9^o ainsi rédigé :

« 9^o Rendre les avis mentionnés, respectivement, au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique et au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du même code. »

III. – Les professionnels de santé dont les protocoles de coopération ont fait, avant le 1^{er} janvier 2014, l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de santé ou d'un arrêté d'autorisation par une ou plusieurs agences régionales de santé peuvent soumettre au collège des financeurs une demande d'avis sur le modèle économique des protocoles concernés, dans les conditions prévues à l'article L. 4011-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant du présent article.

Sur avis du collège des financeurs, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent autoriser le financement dérogatoire de ces protocoles, dans les conditions prévues à l'article L. 4011-2-2 du même code.

Article 36

I. – Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, peuvent être menées à compter du 1^{er} janvier 2014 pour une durée de quatre ans, dans des régions pilotes dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge, d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales.

Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires.

II. – Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I, il peut être dérogé :

1^o Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2^o Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

3^o Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1 ;

4^o A l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

5° Aux articles L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique par l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux régions pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

III. – Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent, dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine dans le cadre des expérimentations définies au I et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télémédecine dans le cadre de ces expérimentations.

IV. – Au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016.

Article 37

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013.]

Article 38

I. – Le premier alinéa de l'article L. 722-6 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , ainsi qu'à celles prévues au 5° de l'article L. 321-1 selon les modalités prévues à l'article L. 722-8-2 ».

II. – L'article L. 722-8-2 du même code est ainsi rétabli :

« Art. L. 722-8-2. – Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire dès lors qu'elles se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre leur activité professionnelle en raison de difficultés médicales liées à leur grossesse. Cette incapacité temporaire de travail est constatée dans les conditions prévues au 5° de l'article L. 321-1.

« L'indemnité prévue au premier alinéa du présent article est accordée à l'expiration d'un délai déterminé à compter du début de l'incapacité temporaire de travail et est due, pendant une durée fixée par décret, pour chaque jour ouvrable ou non. L'indemnité est servie dans les conditions et sous réserve des obligations prévues à l'article L. 323-6.

« Les modalités d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa, le délai et la durée maximale de versement mentionnés au deuxième alinéa, sont fixées par décret.

« L'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa n'est pas cumulable avec l'indemnité journalière mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 722-8. »

Article 39

I. – L'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « et que ce dépassement résulte de pratiques de prescriptions non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1 » sont remplacés par les mots : « ou que ces dépenses dépassent un montant fixé par arrêté » ;

2° Au 1°, les mots : « en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement » sont remplacés par le mot : « actualisé » ;

3° Après le mot : « hospitalières », la fin du 2° est ainsi rédigée : « reposant notamment sur une analyse des prescriptions des praticiens exerçant dans l'établissement non conformes à l'exigence, prévue à l'article L. 321-1 du présent code, de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire. » ;

4° Au sixième alinéa, les mots : « lui enjoint » sont remplacés par les mots : « peut lui enjoindre ».

II. – L'article 64 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est abrogé.

III. – A. – De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1^{er} janvier 2014 et pour une période n'excédant pas trois ans, par des établissements de santé volontaires, pour les transports de patients au départ ou à destination de ces établissements autres que les transports d'urgence régulés par les services d'aide médicale urgente.

Cette expérimentation a pour objectifs de développer des modes de transport plus efficaces en proposant au patient le mode de transport le moins onéreux compatible avec son état de santé, de contribuer à l'amélioration de l'organisation des soins ou examens délivrés dans un même établissement de santé et d'optimiser l'utilisation des véhicules de transport des patients.

B. – L'expérimentation est mise en place dans un établissement de santé par la conclusion d'une convention entre l'établissement de santé expérimentateur, les organismes locaux d'assurance maladie et l'agence régionale de santé. Elle porte sur l'ensemble des transports des patients de l'établissement réalisés par des entreprises de transports sanitaires agréées et par des entreprises de taxis conventionnées.

L'agence régionale de santé fixe la liste des établissements de santé participant à chaque expérimentation. Elle peut enjoindre aux établissements qui donnent lieu au constat mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 322-5-5 du même code de mettre en œuvre l'expérimentation définie au présent article.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut attribuer un financement à l'établissement de santé pour le lancement de l'expérimentation. En cas de constatation d'une réduction des dépenses de transport au cours de l'expérimentation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut allouer une dotation d'intéressement à l'établissement de santé. Les sommes attribuées pour le lancement des expérimentations et les dotations d'intéressement sont financées par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

C. – La convention d'expérimentation détermine :

1^o Les modalités d'organisation des transports assurés au départ ou à destination de l'établissement de santé expérimentateur, autres que les transports régulés par les services d'aide médicale urgente ;

2^o Les obligations des établissements de santé ainsi que les pénalités versées en cas de manquement à ces obligations ;

3^o Les conditions d'attribution d'un financement de lancement et de dotations d'intéressement des établissements de santé par l'agence régionale de santé ;

4^o Les conditions d'interruption de l'expérimentation avant son échéance triennale et de retour aux modalités de financement de droit commun ;

5^o Les conditions dans lesquelles l'expérimentation prend fin à son échéance triennale et celles permettant le retour aux modalités de financement de droit commun.

D. – Chaque expérimentation menée par un établissement de santé fait l'objet d'une évaluation annuelle conduite par l'agence régionale de santé. L'expérimentation prévue au présent article fait l'objet d'un rapport d'évaluation du Gouvernement, qui est transmis au Parlement au plus tard le 30 septembre 2016.

E. – Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent III, notamment les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation et les modalités de financement et d'intéressement prévues par la convention mentionnée au B.

Article 40

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

1^o Après le 8^o de l'article L. 221-1, il est inséré un 9^o ainsi rédigé :

« 9^o D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues au dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4 ; »

2^o L'article L. 221-1-1 est abrogé.

II. – L'article L. 1433-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il définit les orientations stratégiques relatives aux actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Les aides attribuées aux actions et expérimentations ainsi qu'à leur évaluation sont financées par une dotation des régimes d'assurance maladie, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. »

III. – Au troisième alinéa de l'article 116 de la loi n^o 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les mots : « , dont le montant » sont remplacés par les mots : « composée de deux parts, l'une au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement du centre et l'autre au titre du financement des contrats d'engagement de service public. Le montant de la dotation ».

Article 41

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

1° Après l'article L. 162-22-8, il est inséré un article L. 162-22-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-8-1.* – Lorsqu'elles répondent à des critères d'isolement géographique, les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par des établissements de santé situés dans des zones à faible densité de population peuvent être financées selon des modalités dérogatoires aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10, sous réserve que les prestations d'hospitalisation assurées par ces établissements et la situation financière de ceux-ci le justifient. Un décret en Conseil d'Etat détermine ces modalités dérogatoires de financement, les critères permettant de caractériser l'isolement géographique des activités concernées ainsi que les critères d'éligibilité des établissements de santé tenant, d'une part, à la densité de population des zones dans lesquelles ils sont situés et, d'autre part, aux prestations qu'ils assurent et à leur situation financière.

« La liste des établissements exerçant des activités auxquelles s'appliquent les modalités de financement définies au premier alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition, pour chaque région, du directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

2° L'article L. 162-26-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « pour assurer des activités de soins » et les mots : « afférents à ces activités » sont supprimés ;

b) Après le mot : « honoraires », sont insérés les mots : « liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens » ;

3° La sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est ainsi modifiée :

a) Après l'article L. 162-22-9-1, il est inséré un article L. 162-22-9-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-9-2.* – L'Etat peut fixer, pour tout ou partie des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volume d'activité.

« Lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation ou d'un ensemble de prestations d'hospitalisation d'un établissement de santé soumis aux dispositions du premier alinéa du présent article est supérieur au seuil fixé en application du même alinéa, les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicables à la prestation ou à l'ensemble de prestations concernés sont minorés pour la part d'activité réalisée au-delà de ce seuil par l'établissement.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment les critères pris en compte pour fixer les seuils, les modalités de mesure de l'activité et de minoration des tarifs ainsi que les conditions de mise en œuvre des minorations après constatation du dépassement des seuils. La mesure de l'activité tient compte des situations de création ou de regroupement d'activités. » ;

b) Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

– après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9-2. » ;

– au dernier alinéa, la référence : « au 2° » est remplacée par les références : « aux 2° et 5° ».

II. – Avant le 31 mai 2014, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la réforme du modèle de financement des établissements de santé. Ce rapport détaille notamment les pistes envisagées pour intégrer des critères de pertinence des soins et de qualité des prises en charge dans la tarification des établissements et pour mieux contrôler l'évolution des volumes d'activité en fonction de ces critères.

Article 42

L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Après le mot : « code », la fin de la première phrase est supprimée ;

b) La deuxième phrase est supprimée ;

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

« Concernant les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite ou de réadaptation, la mise sous accord préalable porte sur les établissements de santé prescripteurs en cas de constatation d'une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hospitalisation. Cette mise sous accord préalable s'effectue, dans le respect des référentiels établis par la Haute Autorité de santé, sur la base d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie, après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés. »

Article 43

I. – A. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} juillet 2014 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes destinés à améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique et relevant de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10, L. 162-22-13 et L. 174-1 du même code, aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 dudit code en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, aux 1^o, 2^o, 6^o et 9^o de l'article L. 321-1 du même code en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie, à l'article L. 162-2 dudit code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade, aux articles L. 322-2 et L. 322-3 du même code relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations et aux articles L. 314-2 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du même code.

Pour l'expérimentation de parcours de soins adaptés à la dialyse à domicile, il peut, en outre, être dérogé au principe de dispensation au public par les pharmaciens des médicaments, produits et objets pharmaceutiques, mentionné au 4^o de l'article L. 4211-1 du code de la santé publique, afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du même code pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en section A et D.

B. – Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de mise en œuvre des expérimentations, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire et, le cas échéant, médico-social et social des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

Le contenu de chaque projet pilote est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition d'une ou plusieurs agences régionales de santé. Le cahier des charges détermine les catégories d'établissements de santé et médico-sociaux, de prestataires mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de santé publique et de professionnels de santé participant au projet pilote. La mise en œuvre est prévue par une convention conclue, pour la durée de l'expérimentation, entre l'agence régionale de santé, les établissements de santé et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les professionnels concernés.

C. – En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation des projets pilotes est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement avant le 30 septembre 2016.

II. – A. – Une expérimentation peut être menée, à compter du 1^{er} mars 2014 et pour une période n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe et relevant de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. La liste des affections concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Participent à l'expérimentation les titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par radiothérapie pour les affections concernées, au titre des articles L. 6122-1 et L. 6122-3 du code de la santé publique.

Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, au paiement direct des honoraires par le malade prévu à l'article L. 162-2 du même code, ainsi qu'aux règles relatives aux relations conventionnelles entre les médecins et les organismes d'assurance maladie fixées aux articles L. 162-5 à L. 162-5-17 dudit code.

B. – Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

C. – En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement avant le 30 septembre 2016.

Article 44

I. – Après l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 174-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 174-1-2. – Une part du montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 peut être transférée, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, au fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. De la même manière, une part du montant du fonds d'intervention régional dont la gestion est déléguée à l'agence régionale de santé peut être transférée vers la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1. Ces transferts ne peuvent conduire à ce que l'une ou l'autre des dotations concernées soit diminuée au-delà d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite de 1 % du montant des dotations régionales concernées.

« Les transferts réalisés en cours d'année sont pris en compte en fin d'année par correction, d'une part, du montant de l'objectif mentionné au même article L. 174-1-1 et, d'autre part, de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique. »

II. – Le 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Il peut être révisé en cours d'année pour tenir compte des transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale. »

Article 45

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

1° Au second alinéa de l'article L. 162-22-14, les mots : « ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie » sont supprimés ;

2° L'article L. 162-22-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « versés », sont insérés les mots : « aux établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, d'une part, et aux établissements mentionnés au *d* du même article, d'autre part, » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

3° L'article L. 174-2 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est supprimé ;

b) A la fin du dernier alinéa, les mots : « et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations » sont supprimés ;

4° A la fin du second alinéa des articles L. 174-2-2 et L. 174-9-1, la référence : « L. 174-2 » est remplacée par la référence : « L. 175-2 » ;

5° Le deuxième alinéa de l'article L. 174-8 est ainsi rédigé :

« La répartition des sommes versées aux établissements et services est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. » ;

6° Au dernier alinéa de l'article L. 174-12, les mots : « et répartie entre les régimes » sont supprimés ;

7° La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 174-15-1 est supprimée ;

8° Le chapitre V du titre VII du livre I^{er} est complété par un article L. 175-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 175-2.* – Les sommes versées au titre des forfaits et des dotations annuels mentionnés aux articles L. 162-22-15, L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-12 et L. 174-15-1 sont réparties entre les régimes d'assurance maladie selon des coefficients fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé en fonction des charges observées, pour chacun des régimes, dans le système commun d'informations mentionné à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique pour le dernier exercice connu. »

II. – Le second alinéa de l'article L. 6416-4 du code de la santé publique est supprimé.

III. – A la seconde phrase du dernier alinéa de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, la référence : « L. 174-2 » est remplacée par la référence : « L. 175-2 ».

IV. – L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa du I, après l'année : « 2016 », sont insérés les mots : « pour les actes et consultations externes et au plus tard le 1^{er} mars 2018 pour les autres prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire, » ;

2° Il est rétabli un VII ainsi rédigé :

« VII. – Jusqu'à la fin de la dérogation prévue au I, l'article L. 175-2 du code de la sécurité sociale s'applique également aux dépenses liées aux prestations d'hospitalisation. »

V. – Le I et le 2° du IV entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2014 et s'appliquent, le cas échéant, à la régularisation comptable de l'exercice 2013 faite en 2014.

Article 46

I. – A titre expérimental à compter du 1^{er} avril 2014 et pour une période de trois ans, la délivrance dans des officines de pharmacie des médicaments à usage humain appartenant à la classe des antibiotiques se fait à l'unité, lorsque leur forme pharmaceutique le permet.

II. – Un décret détermine, pour ces médicaments, les conditions de désignation des officines des régions retenues pour participer à cette expérimentation. Il définit en outre, pour les médicaments concernés, les modalités de délivrance, d'engagement de la responsabilité des différents acteurs de la filière pharmaceutique dans le

cadre de cette expérimentation, de conditionnement, d'étiquetage, d'information de l'assuré et de traçabilité, après la consultation des professionnels concernés. Il détermine, en fonction du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, les règles de fixation du prix à l'unité de vente au public, de prise en charge par l'assurance maladie et de facturation et prévoit les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre.

III. – L'expérimentation fait l'objet d'une évaluation selon des modalités fixées par le décret prévu au II du présent article.

IV. – Le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard le 31 juillet 2017, un rapport dressant le bilan de l'expérimentation prévue au présent article, notamment au regard de son impact sur les dépenses, l'organisation de la filière pharmaceutique et le bon usage des médicaments concernés.

Article 47

I. – Le titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Le 15^o de l'article L. 5121-1 est ainsi modifié :

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

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Un médicament biologique ne peut être qualifié de médicament biologique de référence que si son autorisation a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation ;

« b) Groupe biologique similaire, le regroupement d'un médicament biologique de référence et de ses médicaments biologiques similaires, tels que définis au a du présent 15^o. Ils sont regroupés au sein de la liste de référence des groupes biologiques similaires établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; »

2^o L'article L. 5121-10-2 est ainsi modifié :

a) A la première phrase du premier alinéa, après les mots : « défini au », est insérée la référence : « a du » ;

b) Au début du troisième alinéa, est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le directeur général de l'agence procède à l'inscription du médicament biologique similaire dans la liste de référence des groupes biologiques similaires prévue au b du même 15^o au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence. » ;

c) Au dernier alinéa, après la référence : « présent article », sont insérés les mots : « , à l'exception du troisième alinéa, » ;

3^o L'article L. 5121-20 est complété par un 19^o ainsi rédigé :

« 19^o La procédure d'inscription à la liste de référence des groupes biologiques similaires mentionnée au b du 15^o de l'article L. 5121-1 et à l'article L. 5121-10-2 ainsi que le contenu de cette liste, précisant notamment le nom des médicaments biologiques concernés, leur dosage, leur posologie et leur indication thérapeutique. » ;

4^o Après l'article L. 5125-23-1, sont insérés des articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 5125-23-2. – Dans le cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique, il porte sur la prescription la mention expresse "en initiation de traitement". Lors du renouvellement du traitement, sauf dans l'intérêt du patient, le même médicament biologique que celui initialement délivré au patient est prescrit et le prescripteur porte sur la prescription la mention expresse "non substituable, en continuité de traitement". Dans tous les cas, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.

« Art. L. 5125-23-3. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire lorsque les conditions suivantes sont remplies :

« 1^o Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire mentionné au b du 15^o de l'article L. 5121-1 ;

« 2^o La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire ;

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

« 4^o Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.

« Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.

« Le pharmacien assure la dispensation de ce même médicament biologique lors du renouvellement de la prescription ou d'une nouvelle ordonnance de poursuite de traitement.

« Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement.

« Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de substitution du médicament biologique et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – Au cinquième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 5125-23 », est insérée la référence : « ou de l'article L. 5125-23-3 » et les mots : « la plus chère » sont remplacés par les mots : « ou du médicament biologique similaire le plus cher ».

Article 48

I. – La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1^o L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié :

a) A la première phrase du premier alinéa, après la référence : « code de la santé publique », sont insérés les mots : « ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 » ;

b) La première phrase du dernier alinéa est ainsi modifiée :

– les mots : « ce dernier demande au » sont remplacés par le mot : « le » ;

– les mots : « de reverser » sont remplacés par le mot : « reverse » ;

– les mots : « tout ou partie de » sont supprimés ;

2^o Après l'article L. 162-16-5-1, il est inséré un article L. 162-16-5-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5-2.* – I. – Un médicament qui, préalablement à l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue au 1^o du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques pour une indication répondant à l'une des situations suivantes :

« 1^o L'indication a fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation et est mentionnée soit dans l'autorisation de mise sur le marché, soit dans une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation par les autorités compétentes ;

« 2^o L'indication n'a pas fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation, est mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché et soit il n'existe pas d'alternative thérapeutique prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale identifiée par la Haute Autorité de santé, soit le patient est en échec de traitement ou présente une contre-indication aux alternatives thérapeutiques prises en charge identifiées.

« Par dérogation au premier alinéa du présent I, lorsque le traitement a été initié au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation soit mentionnée au 1^o du I du même article L. 5121-12 dans une indication non reprise dans l'autorisation de mise sur le marché, soit mentionnée au 2^o du même I, la prise en charge du médicament est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.

« II. – La prise en charge des indications mentionnées au 2^o du I du présent article est autorisée sur avis conforme de la Haute Autorité de santé, saisie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« La saisine est transmise dans un délai de deux semaines à compter de l'avis du comité des médicaments à usage humain.

« La Haute Autorité de santé mentionne, pour chaque indication concernée, les alternatives thérapeutiques prises en charge au titre des articles L. 162-17, L. 162-17-2-1 ou L. 162-17-2-2 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Elle transmet son avis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'à l'agence et le rend public, au plus tard un mois après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché.

« III. – La prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce qu'une décision relative à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ait été prise et, le cas échéant, jusqu'à ce que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix ait été publié.

« Le présent article cesse de s'appliquer si aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'a été déposée, pour le médicament considéré, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché. »

II. – Le I entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2014. Les spécialités ayant bénéficié des dispositions de l'article 24 de la loi n^o 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du

médicament et des produits de santé et pour lesquelles aucune décision n'a été prise, au titre de leur autorisation de mise sur le marché, sur leur inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou sur une des listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale continuent à bénéficier des dispositions du même article 24 jusqu'au 1^{er} août 2014.

A titre dérogatoire, un médicament qui, préalablement à l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, n'a bénéficié que d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue au 2^o du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut, à compter de la date de fin d'octroi de l'autorisation temporaire d'utilisation fixée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé pour le traitement de nouveaux patients dans toutes les indications de son autorisation de mise sur le marché, dans les conditions prévues au présent article, dès lors que l'autorisation de mise sur le marché a été octroyée entre le 1^{er} janvier 2014 et le 1^{er} juillet 2014.

III. – Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport sur l'application du présent article.

Article 49

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

1^o Les deux dernières phrases du premier alinéa de l'article L. 138-9 sont ainsi rédigées :

« Pour les spécialités génériques définies au *a* du 5^o de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques en application des deux dernières phrases du *b* du même 5^o et pour les spécialités de référence définies au *a* dudit 5^o dont le prix de vente au public est identique à celui des autres spécialités du groupe générique auquel elles appartiennent, ce plafond est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et du budget, dans la limite de 50 % du prix fabricant hors taxes. Pour les spécialités non génériques soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité, le plafond est fixé par l'arrêté précité, dans la limite de 50 % du prix fabricant hors taxes correspondant au tarif forfaitaire de responsabilité. » ;

2^o Il est ajouté un article L. 138-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-9-1.* – Tout fournisseur des officines de spécialités génériques définies au *a* du 5^o de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est tenu de déclarer au comité économique des produits de santé mentionné à l'article L. 162-17-3 du présent code les montants totaux, par année civile et par spécialité pharmaceutique, des chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consentis, conformément à l'article L. 138-9 du présent code, au titre des ventes de ces spécialités pharmaceutiques remboursables aux officines de pharmacie.

« Lorsque la déclaration prévue au présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis ou lorsque cette déclaration s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par le fournisseur au titre du dernier exercice clos. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.

« 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 organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au comité économique des produits de santé.

« Les modalités et délais de déclaration des montants des chiffres d'affaires et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consenties ainsi que les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat. »

II. – A titre transitoire et jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du I du présent article, les plafonds mentionnés aux deux dernières phrases du même alinéa sont fixés à 17 %.

Article 50

Après l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-1-1.* – Pour les pharmacies mutualistes et les pharmacies de sociétés de secours minières, un arrêté précise, au vu de la convention mentionnée à l'article L. 162-16-1, notamment pour les dispositions prévues aux 2^o, 4^o, 5^o, 7^o et 8^o de ce même article, celles qui leur sont rendues applicables ainsi que, le cas échéant, les conditions particulières auxquelles est subordonnée leur mise en œuvre. »

Article 51

I. – Le même code est ainsi modifié :

A. – L'article L. 162-22-7 est ainsi modifié :

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

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

« Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. » ;

3° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Lorsque l'agence régionale de santé constate, notamment sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au I, au sein d'un établissement de santé, des prescriptions non conformes aux référentiels et 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, elle peut conclure un avenant annuel au contrat mentionné au même I comportant les mesures nécessaires à l'amélioration et à une plus grande efficacité des pratiques de prescription de cet établissement pour les produits concernés.

« En cas de refus de l'établissement de signer l'avenant mentionné au premier alinéa du présent II ou en cas de non-respect manifeste de ces dispositions, l'agence régionale de santé peut, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations et en tenant compte des manquements constatés, prononcer la réduction du remboursement de 10 % de la part prise en charge par l'assurance maladie pour une durée d'un an. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant du I, dans la limite maximale de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.

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

B. – L'article L. 162-22-7-2 est abrogé.

II. – Le premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments. »

III. – L'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale continue de s'appliquer aux plans d'actions conclus avant la date de promulgation de la présente loi, jusqu'à leur échéance.

Article 52

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

1° Après l'article L. 162-1-7-2, il est rétabli un article L. 162-1-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-8.* – En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, d'un acte innovant ne relevant pas de l'article L. 162-1-7-1 et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation de cet acte.

« Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa du présent article, la décision d'inscription de cet acte est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai maximal de trente jours à compter de l'expiration du délai mentionné à ce même premier alinéa.

« En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le délai mentionné au deuxième alinéa, l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.

« Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret. » ;

2° L'article L. 162-1-7-1 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« En l'absence de décision d'inscription des actes innovants dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique dans un délai maximal qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du présent code, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en précise les motifs aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret. »

Article 53

Avant le 1^{er} mai 2014, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à l'affectation de l'élargissement de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux au financement pérenne et indépendant des associations représentant les usagers du système de santé.

Article 54

Après le quatrième alinéa de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'aide au sevrage tabagique visant à apporter des conseils et un soutien pour favoriser l'arrêt du tabac à l'attention des personnes bénéficiaires de la prescription d'un traitement de substitution nicotinique. »

Article 55

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

1^o Après l'article L. 162-4-4, il est inséré un article L. 162-4-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-4-5.* – Le médecin qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21^o de l'article L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive et le biologiste médical qui effectue ces examens sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie. Le médecin est également tenu de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien. » ;

2^o Il est rétabli un article L. 162-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-8-1.* – La sage-femme qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21^o de l'article L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive est tenue de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Elle est également tenue de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien. »

Article 56

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

A. – Le titre VI est ainsi modifié :

1^o L'article L. 861-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les étudiants bénéficiaires de certaines prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation, déterminées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la sécurité sociale, peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire, dans les conditions définies à l'article L. 861-3 du présent code. » ;

2^o Le chapitre III est ainsi modifié :

a) A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 863-1, après le mot : « individuels », sont insérés les mots : « sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 863-6, respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et » ;

b) L'article L. 863-6 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 863-6.* – Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est réservé aux contrats d'assurance complémentaire de santé individuels respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure vise à sélectionner des contrats offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues au même article L. 871-1. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'Etat, dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination.

« Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection des contrats, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie.

« La liste des contrats ainsi sélectionnés est rendue publique et est communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé. » ;

c) L'article L. 863-7 est ainsi rédigé :

« Art. L. 863-7. – A l'expiration de son droit au bénéfice de la déduction prévue à l'article L. 863-2, toute personne ayant bénéficié d'un contrat mentionné à l'article L. 863-6 reçoit de l'organisme auprès duquel elle avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure mentionnée au même article L. 863-6. Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé avant la déduction opérée au titre de l'article L. 863-2. » ;

B. – L'article L. 871-1 est ainsi modifié :

1° A la fin de la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « visée à l'article L. 161-36-2 » sont remplacés par les mots : « mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique » ;

2° Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

« Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins ainsi que les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge. »

II. – Les articles L. 863-1, L. 863-6 et L. 863-7 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du 2° du A du I du présent article, s'appliquent aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2015.

Les contrats en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente loi restent éligibles au bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du même code jusqu'à la date à laquelle ils prennent fin.

Le B du I entre en vigueur, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, au plus tard le 1^{er} janvier 2015.

III. – A la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, le montant : « 500 euros » est remplacé par le montant : « 550 euros ».

IV. – Est obligatoire l'information du bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé par les organismes complémentaires de la date d'échéance du contrat ainsi que de la possibilité de renouveler ou non ce contrat avec le bénéfice de la déduction mentionnée à l'article L. 863-2 du code de la sécurité sociale, au minimum deux mois avant l'échéance de ce contrat.

Article 57

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013.]

Article 58

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013.]

Article 59

I. – L'article L. 613-8 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) La référence : « de l'article L. 621-70 » est remplacée par la référence : « du livre VI » ;

b) Les mots : « la commission de recours amiable de la caisse mutuelle régionale » sont remplacés par les mots : « la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la commission de recours amiable de la caisse du régime social des indépendants » ;

c) Les mots : « décision de la caisse mutuelle régionale » sont remplacés par les mots : « décision desdites commissions » ;

2° Au début du troisième alinéa, les mots : « Par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, » sont supprimés.

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

1° L'article L. 732-15 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour bénéficier du règlement des indemnités journalières prévues à l'article L. 732-4, l'assuré doit être à jour de la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1.

« Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application du livre VI du code de commerce ou lorsque la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la caisse de mutualité sociale agricole accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux indemnités journalières à compter du prononcé du jugement ou de la décision de la commission ou de la caisse, sous réserve que l'échéancier de paiement concernant la cotisation mentionnée à l'article L. 731-35-1 soit respecté.

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

2° L'article L. 732-4, dans sa rédaction résultant du 3° du I de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, est ainsi modifié :

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

« En cas d'interruption de travail, l'assuré envoie au service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole, dans un délai déterminé par décret, un avis d'arrêt de travail qui comporte la signature du médecin. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée. » ;

b) A l'avant-dernier alinéa, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 323-5, » ;

3° L'article L. 752-24 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Tout accident du travail et toute maladie professionnelle dont sont victimes le chef d'exploitation ou les autres personnes mentionnées à l'article L. 752-1 est déclaré à la caisse de mutualité sociale agricole, dans un délai et des conditions fixés par décret. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée. Il appartient à la caisse de mutualité sociale agricole saisie d'une déclaration d'accident d'apporter la preuve de son caractère non professionnel. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « l'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et les mots : « de la mutualité sociale agricole » sont supprimés ;

4° Après l'article L. 732-8, il est inséré un article L. 732-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-8-1.* – Si la caisse de mutualité sociale agricole n'en a pas pris l'initiative, l'assuré peut déposer lui-même une demande de pension d'invalidité qui, pour être recevable, doit être présentée dans un délai déterminé par décret. » ;

5° A l'article L. 762-13-1, dans sa rédaction résultant du 10° du I de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 précitée, la référence : « de l'article L. 731-13 » est remplacée par les références : « des articles L. 731-13, L. 731-35-1 et L. 732-15 ».

III. – La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifiée :

a) Après la référence : « L. 723-1 », la fin de la première phrase du second alinéa du *b* du 1° du I de l'article 37 est supprimée ;

b) Le 8° du I de l'article 71 est abrogé.

Article 60

Avant la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités d'adaptation des conditions d'attribution des indemnités journalières au titre de l'assurance maladie et maternité. Ce rapport présente notamment la possibilité d'une prise en compte au prorata des heures travaillées.

Article 61

Le chapitre X du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au *a bis* des 1 et 2 du I, au dernier alinéa du III et aux *a bis* et *b bis* du V de l'article L. 14-10-5, les mots : « et 2013 » sont remplacés par les années : « , 2013 et 2014 » ;

2° L'article L. 14-10-9 est ainsi modifié :

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

« Ces crédits viennent abonder le budget de chaque agence régionale de santé, à hauteur d'une contribution arrêtée par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine également les conditions d'utilisation et d'affectation de ces crédits, ainsi que celles dans lesquelles les agences régionales de santé rendent compte de son exécution. » ;

b) A la fin du dernier alinéa, les mots : « visés par le présent article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au *b* ».

Article 62

L'article 67 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est abrogé.

Article 63

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 263,34 millions d'euros pour l'année 2014.

II. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 138 millions d'euros pour l'année 2014.

III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 22,2 millions d'euros pour l'année 2014.

IV. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 91,37 millions d'euros pour l'année 2014.

V. – 1. Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2014, à 162 millions d'euros, selon une répartition entre les régimes arrêtée par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

2. L'article L. 1432-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) Le 2° est complété par les mots : « dont le montant et la répartition entre les régimes sont fixés chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture » ;

b) Au début du dernier alinéa, les mots : « Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées » sont remplacés par les mots : « La contribution prévue au 3° est déterminée ».

3. Le 2 du présent V s'applique à compter de l'exercice 2015.

Article 64

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 194,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 169,8 milliards d'euros.

Article 65

Pour l'année 2014, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

	OBJECTIF DE DÉPENSES
Dépenses de soins de ville.....	81,1
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé.....	19,9

	OBJECTIF DE DÉPENSES
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	8,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.....	9,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge.....	1,7
Total.....	179,1

Article 66

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 3° de l'article L. 162-39 est ainsi rédigé :

« 3° Les tarifs forfaitaires de responsabilité des soins thermaux pris en charge ; le prix limite de facturation des soins thermaux par forfait, tenant compte des facteurs de coûts d'exploitation ; » ;

2° Il est rétabli un article L. 162-40 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-40.* – Les établissements thermaux doivent proposer aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé, prévue à l'article L. 861-3, et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, mentionnée à l'article L. 863-2, les soins thermaux à des prix n'excédant pas les tarifs forfaitaires de responsabilité mentionnés au 3° de l'article L. 162-39. »

Article 67

Chaque année, le Gouvernement remet au Parlement un rapport détaillant l'évolution de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de santé et les facteurs d'évolution.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 68

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

- 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 221,0 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 117,2 milliards d'euros.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles

Article 69

I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 435 millions d'euros pour l'année 2014.

II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 821 millions d'euros pour l'année 2014.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2014, à 790 millions d'euros.

Article 70

A la fin du 8° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus en dehors de l'exécution du contrat d'engagement maritime » sont remplacés par les mots et une phrase ainsi rédigée : « l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles imputables à une faute inexcusable de l'employeur. Un décret détermine les conditions d'application du présent 8° ; ».

Article 71

Le septième alinéa de l'article L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

- 1° Les mots : « est totale et » sont supprimés ;
- 2° Sont ajoutés les mots : « dans les conditions prévues au même alinéa ».

Article 72

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

- 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,3 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,0 milliards d'euros.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Article 73

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

1° Après le mot : « lorsque », la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 522-2 est ainsi rédigée : « la charge des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel, soit par une personne seule. » ;

2° Le chapitre II du titre II du livre V est complété par un article L. 522-3 ainsi rétabli :

« *Art. L. 522-3.* – Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 522-2. Ce plafond est majoré lorsque la charge des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel, soit par une personne seule. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

« Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret. » ;

3° La section 3 du chapitre V du titre V du livre VII est complétée par un article L. 755-16-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 755-16-1.* – Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 755-16. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

« Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret. »

II. – Le I entre en vigueur à compter du 1^{er} avril 2014.

Article 74

I. – L'article L. 531-3 du même code est ainsi modifié :

1° Après le mot : « enfants », la fin de la première phrase du premier alinéa est supprimée ;

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

« L'allocation de base est versée à taux partiel aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le plafond défini à l'article L. 531-2. Elle est versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un plafond, défini par décret, qui varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et qui est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Ce plafond est revalorisé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. » ;

3° A la fin de la dernière phrase du deuxième alinéa, la référence : « à l'alinéa précédent » est remplacée par la référence : « au premier alinéa du présent article » ;

4° Le troisième alinéa est supprimé.

II. – Au troisième alinéa de l'article L. 531-2 du même code, les mots : « le rang et » sont supprimés.

III. – Par dérogation à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, les montants de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption mentionnées à l'article L. 531-2 du même code ainsi que le montant de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionnée à l'article L. 531-3 dudit code, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi, sont, à compter du 1^{er} avril 2014 et jusqu'à ce que le montant du complément familial mentionné à l'article L. 522-1 du même code soit supérieur ou égal au montant de l'allocation de base, maintenus à leur niveau en vigueur au 1^{er} avril 2013.

IV. – Les I et II du présent article sont applicables à compter du 1^{er} avril 2014, pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2014, et, à compter du 1^{er} avril 2017, pour l'ensemble des autres enfants. Pour les personnes qui bénéficient de l'allocation de base mentionnée à l'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale et du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 du même code au titre d'un ou de plusieurs enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} avril 2014, les plafonds de ressources en vigueur au 31 mars 2014 demeurent applicables, sous réserve de leur actualisation annuelle conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. Lorsque ces personnes ont, à compter du 1^{er} avril 2014, du fait d'une naissance ou d'une adoption, un nouvel enfant à charge, il est fait application des I et II du présent article pour l'examen des droits au titre de l'ensemble des enfants à charge.

Article 75

I. – L'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Le 2 du I est ainsi modifié :

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

« Le complément à taux partiel est attribué au travailleur non salarié en fonction de la quotité d'activité déclarée sur l'honneur, dès lors que cette activité ne lui procure pas une rémunération mensuelle nette ou un revenu professionnel excédant des montants définis par décret. Le complément à taux partiel peut également être attribué lorsque la rémunération ou le revenu perçus sont supérieurs à ces montants, dès lors qu'ils sont proportionnels à la réduction de l'activité déclarée. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1^o, 4^o et 5^o de l'article L. 615-1 et à l'article L. 722-1 du présent code, aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural et de la pêche maritime ainsi qu'aux » sont supprimés ;

2^o Le VII est abrogé.

II. – Le a du 1^o du I entre en vigueur le 1^{er} avril 2014 et le 2^o du même I est applicable aux enfants nés ou adoptés à compter de cette même date.

Article 76

I. – Le cinquième alinéa du I de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) A la première phrase, les mots : « dispose d'un minimum de revenus tirés d' » sont remplacés par le mot : « exerce » ;

b) Les deuxième et troisième phrases sont supprimées.

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 531-6 du même code est complété par les mots : « , sous réserve que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas un montant horaire maximal fixé par décret ».

Article 77

A la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 542-5 du même code, le mot : « janvier » est remplacé par le mot : « octobre ».

Article 78

Pour l'année 2014, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 59,2 milliards d'euros.

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 79

Pour l'année 2014, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2^o de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, à 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et à 100 millions d'euros pour le régime social des indépendants.

Article 80

Pour l'année 2014, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS DE CHARGES
Fonds de solidarité vieillesse	20,4

Section 6

Dispositions relatives à la gestion interne des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude**Article 81**

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

1° Après le 8° de l'article L. 221-1, il est inséré un 10° ainsi rédigé :

« 10° De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale. » ;

2° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 767-1 est complétée par les mots : « , sous réserve du 10° de l'article L. 221-1 ».

II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2015. Le recouvrement des créances et le règlement des dettes prévus au même I et exigibles avant la date mentionnée à la première phrase du présent II sont assurés à compter de cette même date par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale.

Article 82

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

1° L'article L. 722-14 est abrogé ;

2° L'article L. 723-43 est ainsi modifié :

a) A la première phrase du premier alinéa, les mots : « et les organismes visés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés » sont remplacés par les mots : « est autorisée » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « et les organismes mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 sont autorisés » sont remplacés par les mots : « sont autorisées » et le mot : « ils » est remplacé par le mot : « elles » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 725-1, les mots : « et les organismes visés à l'article L. 731-30 et » sont supprimés ;

4° L'article L. 725-4 est abrogé ;

5° Au troisième alinéa du II de l'article L. 725-7, les mots : « et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 » sont supprimés ;

6° A l'article L. 725-8, les mots : « ou d'un organisme mentionné à l'article L. 731-30 » et les mots : « ou à l'organisme » sont supprimés ;

7° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 725-12 est supprimé ;

8° A l'article L. 725-23, les mots : « , les organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30 et le groupement d'assureurs mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;

9° L'article L. 725-25 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « organismes mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont remplacés par les mots : « caisses de mutualité sociale agricole » ;

b) A la deuxième phrase du deuxième alinéa, les mots : « organismes de recouvrement » sont remplacés par les mots : « caisses de mutualité sociale agricole » ;

c) A la dernière phrase du deuxième alinéa, les mots : « ces organismes » sont remplacés par les mots : « les caisses de mutualité sociale agricole » et le mot : « ils » est remplacé par le mot : « elles » ;

d) Au troisième alinéa, les mots : « organismes concernés » sont remplacés par les mots : « caisses de mutualité sociale agricole concernées » et la seconde occurrence du mot : « organismes » est remplacée par le mot : « caisses » ;

10° L'article L. 726-2 est abrogé ;

11° L'article L. 726-3 est ainsi modifié :

a) A la première phrase, les mots : « ainsi que les assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 peuvent » sont remplacés par le mot : « peut » ;

b) A la dernière phrase, les mots : « et aux assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont supprimés ;

12° A la fin de la première phrase de l'article L. 731-10, les mots : « et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 » sont supprimés ;

13° L'article L. 731-30 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 731-30.* – Les personnes mentionnées à l'article L. 722-10 sont assurées par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;

14° Les articles L. 731-31 à L. 731-34 sont abrogés ;

15° Au troisième alinéa de l'article L. 731-35-1, dans sa rédaction résultant du 2° du I de l'article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les mots : « , du groupement mentionné à l'article L. 731-31 » sont supprimés ;

16° Les articles L. 732-6-1 et L. 732-7, dans leur rédaction résultant, respectivement, du 6° et du 7° du I du même article 71, sont abrogés ;

17° Le III de l'article L. 752-1 est abrogé ;

18° Au quatrième alinéa de l'article L. 752-4, les mots : « organismes assureurs » sont remplacés par les mots : « caisses de mutualité sociale agricole » ;

19° L'article L. 752-12 est ainsi modifié :

a) Les deuxième, troisième et septième alinéas sont supprimés ;

b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« – de transmettre au ministre chargé de l'agriculture les informations nécessaires au fonctionnement du régime. » ;

20° L'article L. 752-13 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 752-13.* – Les personnes mentionnées à l'article L. 752-1 sont assurées par les caisses de mutualité sociale agricole. » ;

21° L'article L. 752-14 est abrogé ;

22° Le second alinéa de l'article L. 752-15 est supprimé ;

23° A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-17, les mots : « , du groupement mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;

24° Au premier alinéa de l'article L. 752-20, les mots : « et le groupement mentionné à l'article L. 752-14 » sont supprimés ;

25° L'article L. 752-23 est ainsi modifié :

a) Au début de la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « L'organisme assureur est tenu » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole est tenue » ;

b) A la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « l'organisme assureur est admis » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole est admise » ;

c) Au troisième alinéa et, deux fois, au quatrième alinéa, les mots : « l'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » ;

26° L'article L. 752-25 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « L'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « tenu » est remplacé par le mot : « tenue » ;

b) A la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « l'organisme assureur gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « la caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « tenu » est remplacé par le mot : « tenue » ;

d) A la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « L'organisme gestionnaire du régime institué par le présent chapitre » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole » et le mot : « fondé » est remplacé par le mot : « fondée » ;

e) A la fin du dernier alinéa, les mots : « d'office » sont supprimés ;

27° Au début de l'article L. 752-26, les mots : « L'organisme assureur » sont remplacés par les mots : « La caisse de mutualité sociale agricole » ;

28° Au second alinéa de l'article L. 752-29, les mots : « , des organismes assureurs » sont supprimés ;

29° A l'article L. 762-15, les références : « des articles L. 723-9 et L. 731-30 à L. 731-34 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 723-9 » ;

30° La seconde phrase de l'article L. 762-25 est supprimée.

II. – Le 2° du I de l'article 37 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est abrogé.

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

IV. – Par dérogation au III du présent article, à l'exception des indemnités journalières servies en application de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, les prestations allouées en application des articles L. 732-3 et L. 752-3 du même code aux assurés ayant opté, en application des articles L. 731-30 et

L. 752-13 dudit code, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, pour les organismes assureurs autres que les caisses de mutualité sociale agricole continuent d'être versées par ces mêmes organismes jusqu'à une date, qui peut être différente pour chaque catégorie de prestations, fixée par décret entre le 30 juin 2014 et le 30 juin 2015.

A la date fixée par le décret, les droits et obligations des groupements d'organismes assureurs mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, sont transférés aux organismes de mutualité sociale agricole, dans des conditions fixées par décret.

A compter de cette même date, la gestion des réserves antérieurement constituées pour le compte des branches instituées aux 2° et 4° de l'article L. 722-8 du même code par les groupements d'organismes assureurs mentionnés aux articles L. 731-31 et L. 752-14 dudit code, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, est assurée par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Le préjudice susceptible de résulter, pour les groupements mentionnés aux mêmes articles L. 731-31 et L. 752-14, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, du transfert de la gestion du régime obligatoire d'assurance maladie et du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles aux caisses de mutualité sociale agricole à la date fixée en application du premier alinéa du présent IV, et notamment du transfert de leurs droits et obligations mentionné au deuxième alinéa du présent IV, fait l'objet d'une indemnité fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

V. – Les contrats de travail des personnels affectés aux activités transférées en application des 13° et 20° du I du présent article sont repris par les organismes de mutualité sociale agricole dans les conditions prévues aux articles L. 1224-1 et L. 1224-2 du code du travail.

VI. – Un décret fixe les modalités d'application des IV et V.

Article 83

I. – L'article L. 8222-6 du code du travail est ainsi rédigé :

« Art. L. 8222-6. – Sans préjudice des articles L. 8222-1 à L. 8222-3, toute personne morale de droit public ayant contracté avec une entreprise, informée par écrit par un agent de contrôle de la situation irrégulière de cette entreprise au regard des formalités mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5, enjoint aussitôt à cette entreprise de faire cesser sans délai cette situation.

« L'entreprise ainsi mise en demeure apporte à la personne publique, dans un délai de deux mois, la preuve qu'elle a mis fin à la situation délictuelle. A défaut, le contrat peut être rompu sans indemnité, aux frais et risques de l'entrepreneur.

« La personne morale de droit public informe l'agent auteur du signalement des suites données par l'entreprise à son injonction.

« A défaut de respecter les obligations qui découlent des premier et troisième alinéas du présent article ou, en cas de poursuite du contrat, si la preuve de la fin de la situation délictuelle ne lui a pas été apportée dans un délai de six mois suivant la mise en demeure, la personne morale de droit public est tenue solidairement avec son cocontractant au paiement des sommes mentionnées aux 1° à 3° de l'article L. 8222-2, dans les conditions fixées à l'article L. 8222-3. »

II. – Au premier alinéa de l'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 213-1 », est insérée la référence : « , L. 611-8 ».

Article 84

I. – L'article L. 751-37 du code rural et de la pêche maritime est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Il en est de même lorsque la personne se trouvait en situation de travail dissimulé, au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail.

« Dans les cas mentionnés au présent article ainsi qu'à l'article L. 751-36 du présent code, la caisse de mutualité sociale agricole peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale. »

II. – L'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A la fin du premier alinéa du I, au 5° du II et à la première phrase du premier alinéa des IV et V, les mots : « ou de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

2° Le VI est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « ou plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

b) Au second alinéa, les mots : « ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou à l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles » ;

3° Au 1° du VII, les mots : « ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 » sont remplacés par les mots : « , des caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles ».

Article 85

I. – Le second alinéa de l'article L. 351-2-1 du code de la construction et de l'habitation est ainsi rédigé :

« L'aide personnalisée au logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un pacte civil de solidarité, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement, personnellement ou par l'intermédiaire de parts sociales de sociétés, quels que soient leurs formes et leurs objets. Par dérogation, cette aide peut être versée si l'ensemble des parts de propriété et d'usufruit du logement ainsi détenues est inférieur à des seuils fixés par décret. Ces seuils ne peuvent excéder 20 % . »

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 est ainsi rédigé :

« L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un pacte civil de solidarité, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement, personnellement ou par l'intermédiaire de parts sociales de sociétés, quels que soient leurs formes et leurs objets. Par dérogation, cette aide peut être versée si l'ensemble des parts de propriété et d'usufruit du logement ainsi détenues est inférieur à des seuils fixés par décret. Ces seuils ne peuvent excéder 20 % . » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 831-1 est ainsi rédigé :

« Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 du présent code est applicable à l'allocation de logement sociale. »

Article 86

I. – Le code pénal est ainsi modifié :

1° Après le 4° de l'article 313-2, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Au préjudice d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public, pour l'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu. » ;

2° Le second alinéa de l'article 441-6 est ainsi rédigé :

« Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu. »

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

1° L'article L. 114-13 est abrogé ;

2° L'article L. 114-16-2 est ainsi modifié :

a) Au troisième alinéa, les références : « L. 114-13, L. 162-36, » sont supprimées ;

b) Le début du quatrième alinéa est ainsi rédigé : « – l'article L. 351-1 du code... *(le reste sans changement)*. » ;

c) Au cinquième alinéa, la référence : « , L. 351-13 » est supprimée ;

d) L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

3° Le dernier alinéa de l'article L. 162-36 est supprimé ;

4° A l'article L. 382-29, la référence : « L. 114-13, » est supprimée ;

5° A l'article L. 481-2, les mots : « pénalités prévues à l'article L. 114-13 et des peines plus élevées résultant d'autres lois pénales s'il y échet » sont remplacés par les mots : « sanctions pénales encourues » ;

6° Le deuxième alinéa de l'article L. 583-3 est ainsi rédigé :

« Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application du premier alinéa du présent article exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17. » ;

7° Aux articles L. 612-10 et L. 623-1, la référence : « , L. 114-13 » est supprimée ;

8° Au quatrième alinéa de l'article L. 821-5, la référence : « L. 114-13, » est supprimée ;

9° Le deuxième alinéa de l'article L. 831-7 est ainsi rédigé :

« Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application du premier alinéa du présent article exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. »

III. – Le chapitre I^{er} du titre V du livre III du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 351-12 est ainsi rédigé :

« Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application du premier alinéa du présent article exposent le bénéficiaire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 351-13 est abrogé.

IV. – Aux articles L. 751-40 et L. 752-28 du code rural et de la pêche maritime, la référence : « L. 114-13, » est supprimée.

V. – Les articles L. 232-27 et L. 262-50 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés.

VI. – La cinquième partie du code du travail est ainsi modifiée :

1° L'article L. 5124-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 5124-1. – Sauf constitution éventuelle du délit d'escroquerie, défini et sanctionné à l'article 313-1, au 5° de l'article 313-2 et à l'article 313-3 du code pénal, le fait de bénéficiaire ou de tenter de bénéficiaire frauduleusement des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 du présent code est puni des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations est puni de la même peine. » ;

2° L'article L. 5429-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 5429-1. – Sauf constitution éventuelle du délit d'escroquerie défini et sanctionné à l'article 313-1, au 5° de l'article 313-2 et à l'article 313-3 du code pénal, le fait de bénéficiaire ou de tenter de bénéficiaire frauduleusement des allocations d'aide aux travailleurs privés d'emploi définies au présent livre, y compris la prime forfaitaire instituée par l'article L. 5425-3 du présent code, est puni des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations et cette prime est puni de la même peine. » ;

3° A la fin de l'article L. 5413-1, les mots : « d'une amende de 3 750 euros » sont remplacés par les mots : « des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal » ;

4° L'article L. 5429-3 est abrogé.

VII. – Le début du dernier alinéa de l'article 10-1 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité territoriale de Mayotte est ainsi rédigé :

« L'article L. 581-1 du code de la sécurité sociale est applicable à... (*le reste sans changement*). »

VIII. – L'article 20-10 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi rédigé :

« Art. 20-10. – Sans préjudice des sanctions pénales encourues, le chapitre VII du titre VII du livre III du code de la sécurité sociale est applicable aux prestations instituées par la présente section. »

IX. – L'article 1^{er} de la loi du 27 septembre 1941 relative aux déclarations inexactes des créanciers de l'Etat ou des collectivités publiques est abrogé.

X. – Le II de l'article 22 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est abrogé.

ANNEXES

ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2012, 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 LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2012

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale
au 31 décembre 2012

(En milliards d'euros)

ACTIF	2012	2011	PASSIF	2012	2011
Immobilisations	6,8	6,8	Capitaux propres	- 107,2	- 100,6
Immobilisations non financières	4,1	4,0	Dotations	32,8	32,9
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,8	1,9	Régime général	0,5	0,5
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie, unions immobilières des organismes de sécurité sociale)	0,9	0,9	Autres régimes	4,0	3,8
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	28,1	28,3
			Réserves	9,1	11,3
			Régime général	2,5	2,6
			Autres régimes	5,7	6,3
			FRR	0,9	2,4
			Report à nouveau	- 145,8	- 134,6
			Régime général	4,1	- 4,9
			Autres régimes	- 1,5	- 0,1
			CADES	- 148,3	- 139,4
			Résultat de l'exercice	- 5,9	- 10,7
			Régime général	- 13,3	- 17,4
			Autres régimes	- 1,7	- 1,9
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	- 4,1	- 3,4
			CADES	11,9	11,7
			FRR	1,3	0,3
			Autres	2,5	0,6
			FRR	2,4	0,5
			Régime général/autres régimes	0,1	0,1
			Provisions pour risques et charges	19,9	17,9
Actif financier	57,7	58,9	Passif financier	173,9	170,1
Valeurs mobilières et titres de placement	46,8	45,1	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, euro-papiers commerciaux)	162,3	162,6
Autres régimes	7,3	6,9	Régime général	16,9	5,6
CADES	5,6	5,3	CADES	145,4	156,9
FRR	33,8	32,9	Dettes à l'égard d'établissements de crédits ...	7,4	3,7
Encours bancaire	10,4	13,7	Régime général (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	4,0	1,4
Régime général	2,6	1,3	Autres régimes (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)	2,3	1,3
Autres régimes	1,5	1,2	CADES	1,0	1,0
FSV	0,8	0,3	Dépôts	2,2	0,2
CADES	3,0	8,4	Régime général	2,2	0,2
FRR	2,4	2,3	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,1
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,6	0,1	FRR	0,0	0,1
CADES	0,2	0,1	Autres	2,1	3,5
FRR	0,3	0,0	Autres régimes	0,1	0,1
			CADES	2,0	3,4
Actif circulant	64,0	65,4	Passif circulant	42,0	43,7

ACTIF	2012	2011	PASSIF	2012	2011
Créances sur prestations	7,4	7,3	Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	19,8	22,3
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	9,4	7,9			
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale	35,4	35,5	Dettes à l'égard des cotisants	1,3	1,2
Créances sur l'Etat et autres entités publiques	8,4	8,9	Dettes et CAP à l'égard de l'Etat et autres entités publiques	8,5	9,7
Produits à recevoir de l'Etat	0,6	0,4			
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régularisation)	2,9	5,5	Autres passifs (crédeurs divers, comptes d'attente et de régularisation) dont soult des industries électriques et gazières	12,4	10,5
Total de l'actif	128,5	131,0	Total du passif	128,5	131,0

Sur le champ de l'ensemble des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, s'élevait à 107,2 milliards d'euros au 31 décembre 2012, soit l'équivalent de 5,3 points de produit intérieur brut (PIB) (+ 0,3 point par rapport à 2011). Ce passif net a augmenté de 6,6 milliards d'euros par rapport à celui constaté au 31 décembre 2011 (100,6 milliards d'euros) en raison essentiellement des déficits des régimes et du FSV pour l'année 2012 (soit 19,1 milliards d'euros), minorés de l'amortissement de la dette portée par la CADES (11,9 milliards d'euros), dont une partie (2,1 milliards d'euros) correspond à la mobilisation des réserves du FRR.

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (57,7 milliards d'euros, dont environ 63 % par le FRR et 15 % par la CADES dans le cadre de sa stratégie d'endettement à fin 2012), du besoin en fonds de roulement lié aux actifs et passifs circulants (22,0 milliards d'euros) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 173,9 milliards d'euros au 31 décembre 2012 (contre 170,1 milliards d'euros au 31 décembre 2011).

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

II. – Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2012

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 13,3 milliards d'euros en 2012. La branche Maladie a ainsi enregistré un déficit de 5,9 milliards d'euros, la branche Vieillesse un déficit de 4,8 milliards d'euros, la branche Famille un déficit de 2,5 milliards d'euros et la branche Accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,2 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 4,1 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches Maladie et Famille du régime général et, au cours de l'année 2012, des déficits 2011 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV. Conformément aux dispositions organiques, la caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

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

Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant par de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2012 des résultats déficitaires.

S'agissant de la branche Retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'est élevé à 1,0 milliard d'euros (contre 1,2 milliard d'euros en 2011). La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) finance ces déficits par le recours à des emprunts bancaires.

Concernant la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), devenue structurellement déficitaire en 2010, le déficit s'est sensiblement réduit en 2012 (14 millions d'euros, après 0,4 milliard d'euros en 2011 et 0,5 milliard d'euros en 2010) compte tenu du prélèvement exceptionnel de 450 millions d'euros sur les réserves du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales et de 240 millions d'euros sur les réserves du Fonds de compensation des cessations progressives d'activité prévu par la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Afin de rétablir l'équilibre financier du régime, la loi a également prévu une augmentation des taux de cotisations en 2013 et 2014.

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 39 millions d'euros en 2012, après 186 millions d'euros en 2011, sous l'effet de la poursuite du programme de cessions immobilières engagé par la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines. Il a été couvert dans le cadre d'emprunts à court terme effectués auprès de la Caisse des dépôts et consignations et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

S'agissant de la Caisse nationale des industries électriques et gazières, le déficit s'est élevé à 91 millions d'euros en 2012 (après 46 millions d'euros en 2011). Compte tenu de l'épuisement des réserves antérieurement constituées, une augmentation des ressources du régime est intervenue en 2013 dans le cadre de la loi de financement pour cette même année.

Le déficit du régime vieillesse de base des professions libérales est passé de 74 millions d'euros en 2011 à 103 millions d'euros en 2012 ; en réponse à ce déséquilibre, une hausse des taux de cotisation en 2013, puis en 2014, a été prévue.

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES, PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) sur la période 2014-2017. A l'issue de cette période, l'objectif du Gouvernement est le retour à l'équilibre de l'ensemble des comptes publics et particulièrement de ceux des administrations de sécurité sociale (hors Caisse d'amortissement de la dette sociale et Fonds de réserve des retraites). Cette trajectoire de retour à l'équilibre devrait être atteinte au moyen de réformes ambitieuses sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale. Ainsi, la réforme des retraites et celle de la branche Famille devraient permettre de préserver le haut niveau de protection de notre système d'assurance sociale en assurant sa viabilité financière à moyen et à long termes. Ces deux réformes d'ampleur s'accompagnent de l'adoption d'un objectif ambitieux de maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie avec, comme cible, une évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 2,4 % dès 2014.

Dans un contexte économique en voie de redressement mais encore marqué par les conséquences de la crise économique (I), la stratégie de retour à l'équilibre repose ainsi sur un effort renouvelé de maîtrise des dépenses sociales porté par des réformes d'ampleur sur l'ensemble des branches (II), dans un souci de modération de la pression fiscale et sociale sur les entreprises et les ménages (III).

I. – Un environnement économique en voie de redressement, mais encore marqué par les conséquences de la crise économique

Les hypothèses macro-économiques retenues dans la construction des projections jointes à la présente annexe retiennent pour 2013 une prévision de croissance de 1,3 % en valeur de la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources de la sécurité sociale. L'année 2014 serait plus favorable, avec une progression de la masse salariale du secteur privé de 2,2 %, qui s'établirait à 3,5 % en 2015 et se stabiliserait à 4,0 % en 2016. Elle retrouverait ainsi le rythme moyen d'évolution constaté entre 1998 et 2007 (+ 4,1 %).

Cette progression de la masse salariale accompagnerait l'augmentation progressive du taux de croissance du PIB en volume, qui, après avoir été atone en 2012 et 2013, est remonté à 0,9 % en 2014 et devrait atteindre 1,7 % en 2015.

Hypothèses retenues dans la projection pluriannuelle

(En pourcentage)

	2013	2014	2015	2016	2017
PIB (volume)	0,1	0,9	1,7	2,0	2,0
Masse salariale privée	1,3	2,2	3,5	4,0	4,0
ONDAM	2,8	2,4	2,4	2,4	2,4
Inflation hors tabac	0,80	1,30	1,75	1,75	1,75

Par ailleurs, les prévisions économiques sous-jacentes au projet de loi de financement de la sécurité sociale et au projet de loi de finances font désormais l'objet d'un avis du Haut Conseil des finances publiques. Ce dernier, instauré en 2012 par la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation

et à la gouvernance des finances publiques, se prononce en effet sur la sincérité des prévisions macroéconomiques ainsi que sur la cohérence de la programmation envisagée au regard de l'objectif à moyen terme et des engagements européens.

Les réformes ambitieuses menées cette année permettront d'accélérer le redressement des comptes des régimes de sécurité sociale. Ainsi, le déficit du régime général et du FSV s'établirait à 4,0 milliards d'euros en 2017, en très nette amélioration par rapport aux 17,5 milliards d'euros de déficit constatés en 2012. Le redressement de la branche Vieillesse (Caisse nationale des allocations familiales [CNAF] et FSV) devrait être particulièrement marqué, avec un déficit qui s'établirait à 1,4 milliard d'euros en 2017 contre 8,9 milliards d'euros en 2012. Les branches Maladie et Famille devraient également être en très net redressement.

Les mesures ainsi proposées correspondent à un effort structurel, au sens de l'article 1^{er} de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 précitée, qui s'élève en 2014 à 0,4 point de PIB pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Du fait du schéma de reprise de dette mis en place en 2010 et adapté par la présente loi, l'ensemble des déficits de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et du FSV sur la période pourront être transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) afin d'être amortis. Il en sera de même pour les déficits de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés constatés sur la période 2012-2014 et pour les déficits de la CNAF constatés sur la période 2012-2013. Ces opérations permettront d'éviter un accroissement non maîtrisé des besoins de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Au final, compte tenu de la capacité d'amortissement de la CADES, la dette globale de la sécurité sociale devrait diminuer à partir de l'exercice 2016.

II. – Des réformes d'ampleur sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale

La réforme des retraites et celle de la branche Famille posent les bases d'une trajectoire crédible de retour à l'équilibre.

Les mesures affectant les comptes de la branche Famille visent à recentrer les prestations sur les publics les plus fragiles, dans un objectif de justice. L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant sera diminuée pour les familles dont les ressources dépassent un certain plafond. Le montant de l'allocation de base ne sera pas revalorisé jusqu'à ce que son montant soit égal à celui du complément familial. Par ailleurs, le montant du complément de libre choix d'activité sera uniformisé pour toutes les familles, la majoration qui s'adressait aux familles les plus aisées étant supprimée.

Afin de réduire la pauvreté des enfants et des familles, le complément familial sera progressivement majoré de 50 % pour les familles nombreuses vivant sous le seuil de pauvreté, une première majoration intervenant à compter du 1^{er} avril 2014. L'allocation de soutien familial, à destination des parents isolés, sera également progressivement revalorisée de 25 %. Au titre de la solidarité, le plafond de l'avantage fiscal lié à la présence d'enfants à charge dans le foyer sera, à l'inverse, ramené de 2 000 à 1 500 € par demi-part et le rendement de cette mesure sera affecté dès 2014 à la branche Famille.

Au terme de ces réformes, le solde de la branche Famille devrait connaître une amélioration substantielle et s'établirait à - 1 milliard d'euros en 2017 contre - 2,8 milliards d'euros en 2013.

La réforme des retraites vise, quant à elle, à assurer l'équilibre des régimes de retraite de base à l'horizon 2020 et à maintenir cet équilibre à l'horizon 2040, conformément aux recommandations de la commission sur l'avenir des retraites. Les mesures assurant l'équilibre d'ici à 2020 concerneront les retraités, les actifs et les employeurs.

Les cotisations des actifs et des entreprises aux différents régimes de base seront augmentées dans la même proportion, de façon mesurée, selon des modalités fixées par décret. La hausse sera progressive sur quatre ans : 0,15 point pour les actifs et les employeurs en 2014, puis 0,05 point pour les trois années suivantes. A terme, en 2017, l'accroissement aura été de 0,3 point pour les actifs et de 0,3 point pour les employeurs.

La contribution des retraités reposera, quant à elle, sur deux mesures : l'inclusion des majorations de pension des retraités ayant élevé trois enfants ou plus dans l'assiette de l'impôt sur le revenu et le décalage de six mois de la revalorisation des pensions prévue à l'article 4 du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, à l'exception du minimum vieillesse, la revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées étant maintenue au 1^{er} avril de chaque année.

Ces mesures de redressement à court terme s'accompagneront d'une mesure permettant de faire face au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie, en proposant une évolution progressive de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein.

Un dispositif de pilotage sera également mis en place : le Conseil d'orientation des retraites réalisera chaque année, à partir des indicateurs retenus, un bilan public sur le système de retraite ; le Comité de suivi des retraites rendra pour sa part un avis annuel et l'assortira de recommandations publiques en cas d'écarts significatifs par rapport à la trajectoire de retour à l'équilibre. Il formulera, le cas échéant, des recommandations sur les mesures à prendre et le Gouvernement, après consultation des partenaires sociaux, prendra ou proposera au Parlement les mesures de redressement.

Par ailleurs, le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites vise parallèlement à améliorer les droits à la retraite de publics fragiles. A compter du 1^{er} janvier 2014, les modalités de validation d'un trimestre seront en effet assouplies et il sera possible de valider un trimestre avec 150 heures de cotisations au niveau du SMIC (contre 200 aujourd'hui). Cette mesure permettra de valider des trimestres pour

les salariés à temps partiel de faible durée, les femmes notamment, qui verront, par ailleurs, mieux pris en compte les trimestres d'interruption au titre du congé maternité. En effet, à compter du 1^{er} janvier 2014, tous les trimestres de congé maternité seront réputés cotisés. De même, des mesures spécifiques bénéficieront aux jeunes apprentis et en alternance, ainsi qu'aux personnes ayant eu des carrières heurtées.

Enfin, une avancée significative en matière de droits sociaux est prévue avec la création dès 2015 d'un compte personnel de prévention de la pénibilité. Ce dispositif sera financé par une cotisation des employeurs : une cotisation minimale de toutes les entreprises et une cotisation de chaque entreprise tenant compte de la pénibilité qui lui est propre. Il permettra aux salariés de cumuler des points en fonction de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de pénibilité et de les utiliser pour des actions de formation ou de maintien de rémunération lors d'un passage à temps partiel ou pour financer une majoration de durée d'assurance.

A l'issue de cette réforme, le déficit de la CNAV et du FSV devrait atteindre 1,4 milliard d'euros en 2017, l'équilibre étant atteint en 2020.

La fixation d'un taux de progression de l'ONDAM à 2,4 % en 2014 représente enfin un effort très important de maîtrise des dépenses de santé et constitue un objectif plus ambitieux que celui retenu à la fois dans la loi de programmation des finances publiques votée en 2013 et dans l'annexe pluriannuelle de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (taux de progression de 2,6 % pour 2014).

Le respect de cet objectif passe par un effort qui se décline autour de deux axes : le déploiement de la stratégie nationale de santé (SNS) et la poursuite des efforts de maîtrise des dépenses de santé.

Le déploiement de la SNS doit ainsi permettre d'améliorer l'organisation des soins et de renforcer son efficacité. C'est en ce sens que se poursuivra le développement de la chirurgie ambulatoire et des actes de télémedecine. La mise en œuvre de la SNS passe également par le développement de nouveaux modes de tarification adaptés à une approche reposant sur le parcours de soins (mesures concernant en particulier la radiothérapie et l'insuffisance rénale chronique). Les mesures inscrites dans la présente loi permettront également de poser les premiers jalons d'une évolution en profondeur de la tarification à l'activité. Enfin, des mesures spécifiques favoriseront une meilleure organisation des soins de proximité, initiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, en étendant le soutien aux structures pluriprofessionnelles et en sécurisant le financement des coopérations entre professionnels de santé.

Le deuxième axe comprend la poursuite des actions de maîtrise des dépenses liées aux produits de santé, tant en ville qu'en établissements de santé. Ces actions consistent à la fois en des baisses de prix négociées par le Comité économique des produits de santé et en un meilleur contrôle des volumes (maintien d'un taux très élevé de substitution des génériques, développement d'une liste de référence des médicaments biosimilaires, modernisation et simplification des mécanismes contractuels de régulation des médicaments inscrits sur la liste en sus...). Les efforts de maîtrise médicalisée seront poursuivis avec des objectifs ambitieux et, conformément aux préconisations de la Cour des comptes, des baisses de prix ciblées permettront, en outre, de réguler la dépense de certains soins de ville (radiologie et biologie).

Enfin, un sous-objectif supplémentaire sera créé, qui rassemblera les dépenses d'assurance maladie relatives au fonds d'intervention régional, donnant ainsi sa pleine visibilité à un instrument qui, par la souplesse de gestion de ses crédits qu'il confère aux agences régionales de santé, est essentiel au pilotage efficace des dépenses de santé.

III. – Cet effort de redressement sera accompagné d'un apport modéré de nouvelles recettes

Cet effort sur la dépense de l'ensemble des branches de la sécurité sociale sera complété par un apport, qui restera toutefois modéré, de nouvelles recettes. En effet, les gains fiscaux attendus de la réforme du mode de calcul du quotient familial et de la fiscalisation de la participation des employeurs au financement des contrats collectifs relatifs à la protection complémentaire contribueront au redressement des comptes de la sécurité sociale dès 2014. Le projet de loi de finances prévoit donc l'affectation de produits de TVA à due concurrence au régime général. Par ailleurs, la branche Vieillesse sera affectataire, dès 2015, des gains attendus de la fiscalisation des majorations de pension pour enfants, qui sont estimés à 1,2 milliard d'euros.

Une mesure de rationalisation du cadre de gestion des prélèvements sociaux sur les produits de placement, proposée dans le cadre de la présente loi, devrait par ailleurs générer des recettes supplémentaires.

Enfin, la réaffectation de ces recettes au sein de la sphère sociale est l'occasion de rationaliser les modalités de financement, en s'appuyant notamment sur les recommandations formulées par le Haut Conseil du financement de la protection sociale. Ainsi, la CNAF recevra un panier de recettes comportant de la contribution sociale généralisée (CSG), les contributions sur les jeux, ainsi qu'une part de la taxe sur les véhicules de sociétés. Pour sa part, le forfait social sera recentré sur la branche Vieillesse et la CNAM recevra une part élevée des prélèvements sur les revenus du capital. Les taux de CSG feront, pour leur part, l'objet d'une harmonisation.

*Recettes, dépenses et soldes du régime général**(En milliards d'euros)*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								
Recettes	141,8	148,0	154,9	157,5	163,8	169,1	174,8	180,7
Dépenses	153,4	156,6	160,8	165,1	169,8	174,2	178,6	183,1
Solde	- 11,6	- 8,6	- 5,9	- 7,6	- 6,0	- 5,1	- 3,8	- 2,4
Accidents du travail-maladies professionnelles								
Recettes	10,5	11,3	11,5	11,8	12,1	12,5	13,0	13,5
Dépenses	11,2	11,6	11,7	11,5	12,0	12,1	12,3	12,5
Solde	- 0,7	- 0,2	- 0,2	0,3	0,1	0,4	0,6	1,0
Famille								
Recettes	49,9	51,9	53,8	54,8	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	52,6	54,5	56,3	57,6	59,2	60,6	62,0	63,1
Solde	- 2,7	- 2,6	- 2,5	- 2,8	- 2,3	- 1,9	- 1,6	- 1,0
Vieillesse								
Recettes	93,4	100,5	105,4	111,3	116,0	120,5	125,5	130,1
Dépenses	102,3	106,5	110,2	114,6	117,2	121,0	125,5	129,5
Solde	- 8,9	- 6,0	- 4,8	- 3,3	- 1,2	- 0,5	- 0,1	- 0,6
Toutes branches consolidées								
Recettes	285,6	300,8	314,0	323,5	336,6	348,4	361,0	373,2
Dépenses	309,6	318,2	327,3	336,9	346,1	355,6	365,6	375,0
Solde	- 23,9	- 17,4	- 13,3	- 13,3	- 9,5	- 7,2	- 4,7	- 1,8

*Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base**(En milliards d'euros)*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie								
Recettes	164,8	171,7	178,8	181,7	188,0	193,7	199,9	206,3
Dépenses	176,2	180,3	184,7	189,4	194,0	198,9	203,7	208,7

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Solde	- 11,4	- 8,5	- 5,9	- 7,7	- 6,0	- 5,2	- 3,9	- 2,4
Accidents du travail-maladies professionnelles								
Recettes	11,9	12,8	13,1	13,2	13,5	13,9	14,4	14,9
Dépenses	12,6	13,0	13,7	12,9	13,3	13,5	13,7	13,9
Solde	- 0,7	- 0,1	- 0,6	0,4	0,2	0,4	0,7	1,0
Famille								
Recettes	50,4	52,3	54,1	55,2	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	53,0	54,9	56,6	58,0	59,2	60,6	62,0	63,1
Solde	- 2,7	- 2,6	- 2,5	- 2,8	- 2,3	- 1,9	- 1,6	- 1,0
Vieillesse								
Recettes	183,3	194,6	203,4	212,1	219,4	226,3	234,1	241,4
Dépenses	194,1	202,4	209,5	216,2	221,0	227,4	234,9	242,0
Solde	- 10,8	- 7,9	- 6,1	- 4,1	- 1,7	- 1,1	- 0,8	- 0,6
Toutes branches consolidées								
Recettes	399,5	419,4	436,3	449,4	464,6	479,2	495,0	510,6
Dépenses	425,0	438,5	451,4	463,6	474,5	486,9	500,6	513,6
Solde	- 25,5	- 19,1	- 15,1	- 14,2	- 9,8	- 7,7	- 5,5	- 3,0

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	9,8	14,0	14,7	16,9	17,0	17,5	17,9	18,4
Dépenses	13,8	17,5	18,9	19,7	20,4	20,5	20,5	20,4
Solde	- 4,1	- 3,4	- 4,1	- 2,7	- 3,4	- 3,1	- 2,6	- 2,0

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES

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

Exercice 2014

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS du travail- maladies professionnelles	RÉGIMES de base
Cotisations effectives	85,0	121,9	35,1	12,5	252,7
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,6	1,3	0,5	0,0	3,5
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,0	0,0	0,3	38,9
Contribution sociale généralisée	64,2	0,0	10,8	0,0	74,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,3	19,1	9,6	0,1	61,1
Transferts	1,4	38,4	0,4	0,1	29,3
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	2,9	0,5	0,5	0,3	4,2
Recettes	188,0	219,4	56,9	13,5	464,6

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

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

Exercice 2014

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS du travail- maladies professionnelles	RÉGIME général
Cotisations effectives	75,7	72,5	35,1	11,6	193,1
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,3	1,0	0,5	0,0	2,8
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	55,7	0,0	10,8	0,0	66,2
Impôts, taxes et autres contributions sociales	25,4	13,0	9,6	0,1	48,1
Transferts	3,1	29,2	0,4	0,0	22,6
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS du travail- maladies professionnelles	RÉGIME général
Autres produits	2,6	0,2	0,5	0,3	3,7
Recettes	163,8	116,0	56,9	12,1	336,6

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

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

Exercice 2014

(En milliards d'euros)

	FONDS de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	11,1
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,0
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	17,0

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 23 décembre 2013.

FRANÇOIS HOLLANDE

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
JEAN-MARC AYRAULT

*La garde des sceaux,
ministre de la justice,*
CHRISTIANE TAUBIRA

Le ministre de l'économie et des finances,
PIERRE MOSCOVICI

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
MARISOL TOURAINE

*Le ministre du travail, de l'emploi,
de la formation professionnelle
et du dialogue social,*
MICHEL SAPIN

*Le ministre de l'agriculture,
de l'agroalimentaire et de la forêt,*
STÉPHANE LE FOLL

*Le ministre délégué
auprès du ministre de l'économie et des finances,
chargé du budget,*
BERNARD CAZENEUVE

*La ministre déléguée
auprès de la ministre des affaires sociales
et de la santé,
chargée des personnes âgées
et de l'autonomie,*
MICHÈLE DELAUNAY

*La ministre déléguée
auprès de la ministre des affaires sociales
et de la santé,
chargée de la famille,*
DOMINIQUE BERTINOTTI

*La ministre déléguée
auprès de la ministre des affaires sociales
et de la santé,
chargée des personnes handicapées
et de la lutte contre l'exclusion,*
MARIE-ARLETTE CARLOTTI

(1) Loi n° 2013-1203.

– *Travaux préparatoires :*

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 1412 ;

Rapport de M. Gérard Bapt, M. Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou, M. Laurent Marcangeli et Mme Marie-Françoise Clergeau, au nom de la commission des affaires sociales, n° 1470 ;

Avis de Mme Valérie Rabault, au nom de la commission des finances, n° 1462 ;

Discussion les 22, 23, 24 et 25 octobre 2013 et adoption le 29 octobre 2013 (TA n° 224).

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 117 (2013-2014) ;

Rapport de M. Yves Daudigny, M. Georges Labazée, Mme Isabelle Pasquet, Mme Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy, au nom de la commission des affaires sociales, n° 126 (2013-2014) ;

Avis de M. Jean-Pierre Caffet, au nom de la commission des finances, n° 127 (2013-2014) ;

Discussion les 12, 13 et 14 novembre 2013 et rejet le 14 novembre 2013 (TA n° 30, 2013-2014).

Assemblée nationale :

Projet de loi, rejeté par le Sénat, n° 1552 ;

Rapport de M. Gérard Bapt, au nom de la commission mixte paritaire, n° 1157.

Sénat :

Rapport de M. Yves Daudigny, au nom de la commission mixte paritaire, n° 150 (2013-2014) ;

Résultat des travaux de la commission n° 151 (2013-2014).

Assemblée nationale :

Projet de loi, rejeté par le Sénat, n° 1552 ;

Rapport de M. Gérard Bapt, M. Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou, M. Laurent Marcangeli et Mme Marie-Françoise Clergeau, au nom de la commission des affaires sociales, n° 1564 ;

Discussion le 25 novembre 2013 et adoption le 26 novembre 2013 (TA n° 244).

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, n° 170 (2013-2014) ;

Rapport de M. Yves Daudigny, rapporteur général, au nom de la commission des affaires sociales, n° 171 (2013-2014) ;

Discussion et rejet le 28 novembre 2013 (TA n° 41, 2013-2014).

Assemblée nationale :

Projet de loi, rejeté par le Sénat en nouvelle lecture, n° 1593 ;

Rapport de M. Gérard Bapt, M. Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou, M. Laurent Marcangeli et Mme Marie-Françoise Clergeau, au nom de la commission des affaires sociales, n° 1594 ;

Discussion le 2 décembre 2013 et adoption, en lecture définitive, le 3 décembre 2013 (TA n° 250).

– *Conseil constitutionnel :*

Décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013 publiée au *Journal officiel* de ce jour.