

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des solidarités et de la santé

Ministère de l'action et des comptes publics

**PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITE SOCIALE
POUR 2019**

PREMIÈRE PARTIE :

DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2017

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2017, 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	203,1	208,0	-4,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,4	13,2	1,2
Vieillesse	232,7	230,7	2,0
Famille	49,8	50,0	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	486,2	488,1	-1,9
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	483,7	488,6	-4,8

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	201,3	206,2	-4,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,6	11,7	1,1
Vieillesse	126,6	124,8	1,8
Famille	49,8	50,0	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	377,6	379,8	-2,2
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	376,5	381,6	-5,1

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,6	19,6	-2,9

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 190,7 milliards d'euros ;

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

6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 15,0 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le redressement des comptes du régime général s'est poursuivi en 2017 : le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse se réduit de 7,8 Md€ en 2016 à 5,1 Md€ en 2017. Cette amélioration des soldes du régime général permet de poursuivre la résorption de la dette sociale, l'amortissement réalisé par la CADES en 2017 étant bien supérieur au montant du déficit enregistré.

Article 2

[Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2017 et le tableau patrimonial (annexe A)]

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2017, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2017 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2018

Article 3

[Rectification des dotations 2018 de la branche maladie]

Au III de l'article 73 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 le montant : « 105 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 125 millions d'euros ».

Exposé des motifs

En application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV).

La dotation initiale pour l'année 2018 a été fixée 105 millions d'euros. Les prévisions d'exécution pour l'année 2018 font apparaître un besoin de financement complémentaire de 20 millions d'euros au regard des prévisions initiales, les dépenses d'intervention au titre des accidents médicaux ayant connu une progression importante. Cette progression tient en premier lieu à une augmentation significative des demandes amiables et des contentieux liée à une hausse de la sinistralité en matière d'accidents médicaux constatée en 2017. Par ailleurs, les efforts de redressement engagés suite au contrôle de la Cour des comptes de 2016 sur la gestion de l'ONIAM engendrent un effet de rattrapage sur les dépenses

d'indemnisation et de déstockage de dossiers restant en attente de décision. Il est proposé en conséquence une dotation rectificative de 125 millions d'euros.

Article 4

[Suppression du FFIP]

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

A. - L'article L. 138-16 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « de la contribution » sont remplacés par les mots : « des contributions » et les mots : « , dû au titre du taux (Lv), » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.

B. - Au 8° de l'article L. 221-1, les mots : « L. 221-1-1, » sont supprimés.

C. - L'article L. 221-1-1 est abrogé.

II. – Le dernier alinéa du III de l'article 95 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est supprimé.

III. – Les modalités de suivi et de comptabilisation des recettes et dépenses mentionnées aux II et III de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure à la promulgation de la présente loi, telles que mises en œuvre pour l'exercice 2017, sont maintenues pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base d'assurance maladie de l'exercice 2018.

Le montant de la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, comptabilisée par ces derniers et incluse dans le champ des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, correspond au solde des recettes et dépenses mentionnées au précédent alinéa.

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

L'article simplifie le circuit de remboursement des médicaments pris en charge par l'assurance maladie. Depuis l'année 2017, les médicaments remboursés sont en effet pris en charge pour partie directement par l'assurance maladie, et pour partie par le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP). Ce double circuit de prise en charge complexifie la lisibilité du système de remboursement, sans pour autant modifier les capacités financières disponibles pour la prise en charge des médicaments. En outre, les règles de mobilisation des crédits du fonds ainsi que celles relatives à la reconstitution de ses marges de manœuvre ne lui permettent pas d'amortir les fluctuations des dépenses de médicament, ce qui était pourtant sa vocation. Pour simplifier ces circuits de prise en charge, l'article supprime le FFIP et permet un remboursement des médicaments directement par l'assurance maladie. Cette évolution est sans conséquence sur l'accès aux thérapies innovantes ou sur la dynamique de l'ONDAM.

Article 5

[Rectification des tableaux d'équilibre 2018]

I.- Au titre de l'année 2018, 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)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	211,9	212,8	-0,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,2	13,3	0,9
Vieillesse	236,9	236,6	0,4
Famille	50,5	50,1	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	499,9	499,2	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	498,2	499,6	-1,4

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	210,4	211,3	-0,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	12,0	0,8
Vieillesse	134,5	133,7	0,8
Famille	50,5	50,1	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	395,2	394,1	1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	394,6	395,7	-1,0

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)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,8	18,9	-2,1

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 15,4 milliards d'euros.

5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites lesquelles sont nulles.

II.- En 2018, et par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-7, le crédit d'impôt prévu à l'article 231 A du code général des impôts, ne fait pas l'objet d'une compensation à la sécurité sociale.

Exposé des motifs

En 2018, les branches famille, vieillesse, et accidents du travail et maladie professionnelles du régime général dégageraient des excédents pour un montant cumulé de 2,0 Md€. Le déficit de la branche maladie du régime général s'élèverait toutefois à -0,9 Md€. Le déficit du Fonds de solidarité vieillesse æ réduit de 800 millions d'euros par rapport à 2017 pour atteindre -2,1 Md€. Comme en 2017, le crédit d'impôt de taxe sur les salaires ne fera pas l'objet d'une compensation par l'Etat à la sécurité sociale.

Article 6

[Rectification de l'ONDAM et des sous ONDAM 2018]

Au titre de l'année 2018, 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)	
Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	89,5
Dépenses relatives aux établissements de santé	80,5
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,3
Autres prises en charge	1,7
Total	195,4

Exposé des motifs

La progression de l'ONDAM 2018 a été fixée à 2,3% en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Pour la neuvième fois consécutive, cet objectif sera respecté, alors même que ce niveau d'ONDAM exige la mise en œuvre d'importantes économies (à hauteur de 4,2 Md€) pour ralentir la progression spontanée très rapide des dépenses. En tenant compte de la suppression du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP, cf. annexe 7, encadré 1), cette progression nécessite de limiter le niveau de dépenses à 195,4 Md€.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019

TITRE I : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRESORERIE

CHAPITRE I : MESURES EN FAVEUR DU SOUTIEN A L'ACTIVITE ECONOMIQUE ET DES ACTIFS

Article 7

[Exonération de cotisations salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires]

I.- Il est rétabli, après l'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale, un article L. 241-17 ainsi rédigé :

« *Art. L. 241-17.* - I.- Ouvrent droit à une réduction des cotisations salariales d'origine légale mentionnées à l'article L. 241-3 :

« 1° Les rémunérations versées aux salariés au titre des heures supplémentaires de travail définies aux articles L. 3121-28 à L. 3121-39 du code du travail et, pour les salariés ayant conclu une convention de forfait annuel en heures prévue au deuxième alinéa de l'article L. 3121-56 du même code, des heures effectuées au-delà de 1 607 heures ;

« 2° Les rémunérations versées au titre des heures effectuées en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3123-2 du même code ;

« 3° Les rémunérations versées au titre des heures supplémentaires mentionnés à l'article L. 3121-41 du même code, à l'exception des heures effectuées en-deçà de 1 607 heures lorsque la durée annuelle fixée par l'accord mentionné à cet article est inférieure à ce niveau ;

« 4° La majoration de rémunération versée, dans le cadre des conventions de forfait annuel en jours, en contrepartie de la renonciation par les salariés, au-delà du plafond de deux cent dix-huit jours mentionné au 3° du I de l'article L. 3121-64 du code du travail, à des jours de repos dans les conditions prévues à l'article L. 3121-59 du même code ;

« 5° Les rémunérations versés aux salariés à temps partiel au titre des heures complémentaires de travail définies aux articles L. 3123-8 à L. 3123-10, L. 3123-20 et L. 3123-21, au sixième alinéa de l'article L. 3123-22 et aux articles L. 3123-28 et L. 3123-29 du code du travail ;

« 6° Les rémunérations versés aux salariés des particuliers employeurs au titre des heures supplémentaires qu'ils réalisent ;

« 7° Les rémunérations versés aux assistants maternels régis par les articles L. 421-1 et suivants et L. 423 1 et suivants du code de l'action sociale et des familles au titre des heures supplémentaires qu'ils accomplissent au-delà d'une durée hebdomadaire de quarante-cinq heures, ainsi que les salaires qui leur sont versés au titre des heures complémentaires accomplies au sens de la convention collective nationale qui leur est applicable ;

« 8° Les rémunérations versés aux autres salariés dont la durée du travail ne relève pas des dispositions du titre II du livre Ier de la troisième partie du code du travail ou du chapitre III du titre Ier du livre VII du code rural et de la pêche maritime au titre des heures supplémentaires ou complémentaires de travail qu'ils effectuent ou, dans le cadre de conventions de forfait en jours, les salaires versés en contrepartie des jours de repos auxquels les salariés auront renoncé au-delà du plafond de deux cent dix-huit jours.

« II.- Le montant de la réduction de cotisations salariales d'origine légale mentionnées à l'article L. 241-3 prévue au I est égal au produit d'un taux fixé par décret et des rémunérations mentionnées au même I, dans la limite des cotisations d'origine légale et conventionnelle dont le salarié est redevable au titre des heures concernées. Elle est imputée sur le montant des cotisations salariales d'origine légale mentionnés à l'article L. 241-3 dues

pour chaque salarié concerné au titre de l'ensemble de sa rémunération définie à l'article L. 242-1 pour les périodes au titre desquelles elle est attribuée et ne peut dépasser ce montant.

« III.- Le I et le II sont également applicables, selon des modalités prévues par décret :

« 1° Aux éléments de rémunération versés aux agents publics titulaires et non titulaires au titre des heures supplémentaires qu'ils réalisent ou du temps de travail additionnel effectif ;

« 2° A la rémunération des heures supplémentaires ou complémentaires effectuées par les salariés relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

« IV.- La réduction prévue au I s'applique :

« 1° Aux rémunérations mentionnées au I et, en ce qui concerne la majoration salariale correspondante, dans la limite :

« a) Des taux prévus par la convention ou accord collectif applicable mentionné au I de l'article L. 3121-33 du code du travail s'agissant des heures supplémentaires et à l'article L. 3123-21 ou au sixième alinéa de l'article L. 3123-22 s'agissant des heures complémentaires;

« b) A défaut d'une telle convention ou d'un tel accord :

« - pour les heures supplémentaires, des taux de 25 % ou 50 %, selon le cas, prévus aux I de l'article L. 3121-36 du code du travail;

« - pour les heures complémentaires, du taux de 10 % ou 25 %, selon le cas, prévus au sixième alinéa de l'article L. 3123-22 et à l'article L. 3123-29 du code du travail ;

« 2° Aux éléments de rémunération mentionnés au II dans la limite des dispositions applicables aux agents concernés.

« V.- Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque les salaires ou éléments de rémunération qui y sont mentionnés se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens de l'article L.242-1, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement des salaires ou éléments de rémunération précités. »

« VI.- Le cumul de la réduction prévue au présent article avec l'application d'une exonération totale ou partielle de cotisations salariales de sécurité sociale ou avec l'application de taux réduits, d'assiettes forfaitaires ou de montants forfaitaires de cotisations ne peut être autorisé, dans la limite mentionnée au premier alinéa du I, que dans des conditions fixées par décret, compte tenu du niveau des cotisations dont sont redevables les salariés concernés. »

II.- Les deuxième à sixième alinéas du I de l'article L. 241-18 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :

« La réduction s'applique au titre des heures mentionnées aux 1° à 3° du I de l'article L. 241-17. »

III.- A l'article L. 741-15 du code rural et de la pêche maritime, après les mots : « des articles L. 241 13 », est insérée la référence : « L. 241-17 ».

IV.- Le présent article s'applique aux cotisations dues pour les périodes courant à compter du 1er septembre 2019.

Exposé des motifs

Dans le cadre des mesures visant à renforcer le pouvoir d'achat des actifs et à améliorer l'attractivité du travail, afin de stimuler la croissance et l'activité, le Président de la République a annoncé la mise en œuvre dès 2019 d'un dispositif d'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires et complémentaires, permettant un gain net de pouvoir d'achat des salariés tout en incitant à une augmentation de la durée travaillée.

Il est donc proposé d'instituer un dispositif d'exonération de la part salariale des cotisations sociales sur les rémunérations dues au titre des heures supplémentaires et complémentaires réalisées à compter du 1^{er} septembre 2019. Cette mesure s'inscrit dans la continuité de la suppression des cotisations salariales d'assurance maladie et d'assurance chômage en deux étapes au 1^{er} janvier et au 1^{er} octobre 2018 pour l'ensemble des salariés.

La mesure permettra d'exonérer totalement la part salariale des cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire sur les heures supplémentaires et complémentaires, sans effet sur les droits sociaux des assurés. Seules la CSG et la CRDS, contributions applicables sur l'ensemble des revenus, resteront dues. Cette exonération bénéficiera à l'ensemble des salariés du secteur privé, ainsi qu'aux agents des trois versants de la fonction publique, qu'ils soient titulaires ou non. Pour un salarié du secteur privé, cette mesure permettra un gain de pouvoir d'achat équivalent à 11,3% de la rémunération brute perçue au titre de chaque heure supplémentaire et un gain annuel moyen de pouvoir d'achat de l'ordre de 200€.

Article 8

[Mise en œuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs]

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

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 133-1, les mots : « ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont déplacés de la fin de la deuxième à la fin de la troisième phrase ;

2° L'article L. 241-2-1 dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2019 est ainsi modifié :

a) Les mots : « mentionnées au 1° du II l'article L. 241-2 » sont remplacés par les mots : « d'assurance maladie » ;

b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés au 3° ou au 6° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section première du chapitre premier du titre premier du livre VII du présent code. » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 241-5, après les mots : « La réduction mentionnée », sont ajoutés les mots : « au III de l'article L. 241-10 et » ;

4° L'article L. 241-6-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « mentionnées au 1° de l'article L. 241-6 » sont remplacés par les mots : « d'allocations familiales » ;

b) Il est complété par les dispositions suivantes :

« La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la première section du chapitre premier du titre premier du livre VII du présent code. » ;

5° L'article L. 241-6-4 est abrogé ;

6° Le III de l'article L. 241-10 est ainsi modifié :

a) Après le quatrième alinéa les dispositions suivantes sont insérées :

« Les structures mentionnées aux 1° et 3°, lorsqu'elles constituent des employeurs de droit privé sont en outre exonérées, pour les rémunérations versées aux aides à domicile employées dans les conditions définies au premier alinéa du III, de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, des contributions mentionnées à l'article L. 834-1, des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire et des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail.

« Pour les structures mentionnées à l'alinéa précédent, lorsque la rémunération est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 10 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération est égale au salaire minimum de croissance annuel majoré de 60 %. »

b) Au cinquième alinéa, les mots : « Cette exonération s'applique » sont remplacés par les mots : « Ces exonérations s'appliquent » ;

7° L'article L. 241-11 est abrogé ;

8° Le VII de l'article L. 241-13, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, est complété par les dispositions suivantes :

« Pour les salariés mentionnés au e de l'article L. 5427-1 du code du travail, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du même code. » ;

9° Le II de l'article L. 243-6-1 est ainsi modifié :

a) Le mot : « Le » est remplacé par les mots : « La procédure d'arbitrage prévue au » ;

b) Après les mots : « lorsque le cotisant, », sont insérés les mots : « qu'il possède un ou plusieurs établissements, ».

10° L'article L. 752-3-2 est ainsi modifié :

a) Les I à IV sont remplacés par les dispositions suivantes :

« I. - En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail et des particuliers employeurs, sont exonérés du paiement des cotisations et contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 du présent code dans les conditions définies au présent article.

« II. - L'exonération s'applique :

« A.- Aux employeurs occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de onze salariés ;

« B.- Quel que soit leur effectif, aux employeurs du secteur du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de l'environnement, de l'agronomie, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, de la restauration de tourisme y compris les activités de loisirs s'y rapportant, de l'hôtellerie, de la recherche et du développement, ainsi qu'aux entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 259 du règlement (UE) n°952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013.

« III. – A.- Pour les employeurs mentionnés au 1° du II et ceux mentionnés au 2° relevant du secteur du bâtiment et des travaux publics, lorsque le revenu d'activité de l'année tel qu'il est pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 30 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur, mentionnées au I de l'article L. 241-13. À partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 100 % ;

« B.- Pour les employeurs, quel que soit leur effectif, relevant des secteurs mentionnés au 2° du II, à l'exception du secteur du bâtiment et des travaux publics, et pour les entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 259 du règlement (UE) n°952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013, lorsque le revenu d'activité de l'année est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13. À partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 140 %.

« IV. - Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, en fonction des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1.

« Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, la valeur du salaire minimum de croissance prise en compte pour la détermination de l'exonération est celle qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont employés.

« Pour les plages de revenus sur lesquelles les exonérations mentionnées aux III sont décroissantes, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du taux de l'exonération est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. » ;

b) Le VIII est supprimé ;

II. - Les articles L. 741-5, L. 741-16 et L. 741-16-1 du code rural et de la pêche maritime sont abrogés.

III. - L'article L. 5553-11 du code des transports est ainsi modifié :

1° Après les mots : « qui sont embarqués à bord des navires de commerce » sont insérés les mots : « dirigés et contrôlés à partir d'un établissement stable situé sur le territoire français, » ;

2° Après les mots : « navires de commerce battant pavillon français » sont insérés les mots : « ou d'un autre État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique, et » ;

3° Il est complété par les dispositions suivantes :

« Le bénéfice des exonérations prévues à l'alinéa précédent est conditionné au fait que les membres de l'équipage des navires sur lesquels des marins sont concernés par l'exonération sont, dans une proportion d'au moins 25 % des ressortissants d'un État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique. Cette proportion est calculée sur la base de la fiche d'effectif et s'apprécie sur l'ensemble de la flotte composée des navires embarquant au moins un marin pour lequel l'employeur bénéficie de l'exonération prévue au présent article. »

IV. - Le code du travail est ainsi modifié :

1° Au 1° de l'article L. 5134-31, les mots : « Des cotisations » sont remplacés par les mots : « Pour les personnes morales mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 5134-21, des cotisations ».

2° Au premier alinéa de l'article L. 5134-59, les mots : « et à l'article L. 741-5 du même code » sont supprimés ;

3° A la dernière phrase de l'article L. 6227-8, les mots : « au second alinéa du II de l'article L. 6243-2 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 6243-3 » ;

4° Après l'article L. 6227-8, il est inséré un article L. 6227-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6227-8-1. - L'employeur est exonéré de la totalité des cotisations sociales d'origine légale et conventionnelle qui sont à sa charge, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. » ;

5° L'article L. 6243-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 6243-2. - L'apprenti est exonéré de la totalité des cotisations salariales d'origine légale et conventionnelle pour la part de sa rémunération inférieure ou égale à un plafond fixé par décret. » ;

6° Les 4 premiers alinéas de l'article L. 6243-3 sont supprimés ;

7° L'article L. 6261-1 est abrogé ;

8° La section 5 du chapitre V du titre II du livre III de la sixième partie intitulée : « Exonération de cotisations sociales » et comprenant les articles L. 6325-16 à L. 6325-22 est abrogée.

V. - L'article 20 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est ainsi modifié :

1° Le II est supprimé ;

2° Au 1° du A du IV, les mots : « Des cotisations » sont remplacés par les mots : « Pour les employeurs publics mettant en place des ateliers et chantiers d'insertion conventionnés par l'État en application des dispositions de l'article L. 5132-15 du code du travail, des cotisations ».

VI. - A. Pour les rémunérations dues au titre des salariés relevant de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, la valeur maximale du coefficient mentionné au troisième alinéa du III de cet article est limitée, pour l'année 2019, à la somme des taux des cotisations et des contributions mentionnées au I de cet article, à l'exception des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail.

Pour le calcul de la réduction applicable sur les rémunérations dues à ces salariés pour la période courant du 1er octobre au 31 décembre 2019 un coefficient d'une valeur maximale équivalente au taux des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail s'ajoute à celui mentionné à l'alinéa précédent.

Chacun des coefficients mentionnés aux deux alinéas précédents est calculé, en fonction de la rémunération annuelle totale prise en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

B. Les dispositions prévues au A ne sont pas applicables aux rémunérations dues au titre des salariés employés :

1° Par les associations intermédiaires mentionnées à l'article L. 5132-7 du code du travail et par les ateliers et chantiers d'insertion mentionnés à l'article L. 5132-15 de ce même code ;

2° Au titre des contrats d'apprentissage mentionnés à l'article L. 6221-1 du code du travail et des contrats de professionnalisation mentionnés à l'article L. 6325-1 de ce même code conclus avec des demandeurs d'emploi de quarante-cinq ans et plus ou conclus par les groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification mentionnés à l'article L. 1253-1 de ce même code ;

3° Par les employeurs occupés aux activités mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime ;

4° Par les employeurs localisés en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

VII. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Les dispositions du 9^o du I s'appliquent aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2019.

Par dérogation au premier alinéa, les dispositions du III entrent en vigueur à une date fixée par décret, pris après que la Commission européenne a déclaré compatible avec le droit de l'Union européenne ces dispositions, et au plus tard le 1^{er} juillet 2019.

Exposé des motifs

Conformément au programme du Président de la République, le Gouvernement a souhaité transformer à compter de 2019 le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) ainsi que le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) en baisse de cotisations sociales pérennes pour les employeurs du secteur privé. Cette mesure répond à un double objectif de réduction du coût du travail et de simplification, dans la mesure où les employeurs pourront désormais bénéficier de façon immédiate des réductions du coût du travail.

En outre, le Gouvernement a souhaité encourager encore davantage l'embauche de nouveaux salariés, en renforçant le dispositif des allègements généraux. Au niveau du SMIC, les cotisations et contributions sociales acquittées par toutes les entreprises seront désormais totalement exonérées. Ce renforcement orienté vers les plus bas salaires portera sur les cotisations patronales dues au titre du risque chômage et de la retraite complémentaire et représentera ainsi un renforcement de quatre points des exonérations sociales au niveau du SMIC. De ce fait, le coût net pour l'employeur d'un emploi sera fortement rapproché de son coût brut et en particulier pour les petites entreprises, ces dernières étant par ailleurs exonérées ou bénéficiant de taux réduits pour la plupart des contributions additionnelles prélevées sur les salaires (versement transport, participation à l'effort de construction, taxe d'apprentissage). Ces nouvelles exonérations sont sans effet sur les droits des salariés.

Cette transformation et ce renforcement se matérialiseront en deux temps :

- À compter du 1^{er} janvier 2019, un allègement permanent de cotisations d'assurance maladie de 6 points entrera en vigueur pour les rémunérations annuelles n'excédant pas 2,5 SMIC et se substituera au CICE et au CITS, ce qui correspond à une situation inchangée pour les rémunérations éligibles au CICE et à un gain pour l'ensemble des employeurs éligibles au CITS ou ne bénéficiant d'aucun de ces deux crédits d'impôt. Afin d'assurer également une compensation intégrale du CICE et un gain immédiat par rapport au CITS pour les employeurs de salariés bénéficiant déjà d'exonérations portant sur les cotisations d'assurance maladie, les cotisations sociales patronales exonérées dans le cadre des allègements généraux de cotisations comprendront désormais, à compter de la même date, les cotisations de retraite complémentaire obligatoire (soit une majoration de 6,01 points du taux maximum d'exonération assurant la neutralité par rapport au CICE) ;

- Dans un second temps, pour les rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} octobre, les allègements généraux de cotisations sociales seront renforcés et porteront sur l'équivalent des cotisations patronales d'assurance chômage (soit une majoration de 4,05 points au-delà de la seule compensation de la perte du CICE). Ainsi, la totalité des cotisations et contributions patronales qui sont dues par l'ensemble des employeurs seront exonérées au niveau du SMIC, ce qui représente un allègement du coût du travail total équivalent à 40% de la rémunération brute. Le bénéfice de cette majoration

s'étendra à l'ensemble des rémunérations bénéficiant des allègements généraux soit jusqu'à 1,6 SMIC.

Au titre de l'année 2019, les entreprises verront par ailleurs ces mesures se cumuler avec le bénéfice du CICE versé au titre de l'année 2018, offrant ainsi un apport en trésorerie sans précédent de 20 milliards d'euros aux employeurs.

Ces baisses de cotisations seront très favorables aux acteurs de l'économie sociale et solidaire, secteur qui ne bénéficiait pas du CICE mais du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS), également supprimé mais dont le niveau était inférieur à celui du CICE (4 % de la masse salariale).

Ce renforcement très significatif pour la très grande majorité des entreprises appelle par ailleurs un réexamen des dispositifs d'exonérations ciblées et spécifiques (c'est-à-dire les exonérations en outre-mer, instituées en 2009 par la LODEOM ; les exonérations au titre des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi, dit TO-DE ; les exonérations au titre des contrats aidés ou soutenus en faveur de l'insertion par l'activité économique ; les exonérations au titre des contrats de formation en alternance ; enfin les exonérations au titre des contrats dans le secteur des services à la personne), en vue soit d'une révision, soit d'une extinction de ces dispositifs dès lors que certains deviendraient à droit constant, pour la plupart des bénéficiaires, moins favorables que les allègements généraux.

Le présent article procède aux modifications suivantes :

Les contrats de formation en alternance (contrat d'apprentissage et contrat de professionnalisation) bénéficient d'exonérations de cotisations et contributions sociales spécifiques en fonction de la taille de l'entreprise, de l'âge du bénéficiaire ou de la nature de l'employeur. Le régime des allègements généraux sera à compter du 1^{er} janvier 2019 plus favorable que les dispositifs spécifiques actuellement en vigueur pour l'alternance pour toutes les rémunérations inférieures ou égales au SMIC. Le présent article supprime donc les régimes d'exonération spécifique des cotisations patronales sur les contrats de formation en alternance (à l'exception de celui portant sur les contrats d'apprentissage dans le secteur public) afin de les faire bénéficier des allègements généraux renforcés dès le 1er janvier 2019. Par ailleurs, compte tenu de l'introduction par la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel de nouvelles catégories d'apprentis, plus âgés et mieux rémunérés, l'avantage que représente l'exonération totale des cotisations salariales d'origine légale ou conventionnelle, qui est maintenu, sera désormais plafonné au niveau des cotisations et contributions dues pour une rémunération équivalente au SMIC.

Les structures d'insertion par l'activité économique bénéficient de plusieurs dispositifs visant à favoriser le recrutement de certains publics fragiles et éloignés du marché de l'emploi. En particulier, les associations intermédiaires (AI) et les ateliers et chantiers d'insertion (ACI), structures d'insertion par l'activité économique, ainsi que les employeurs de personnes en contrat unique d'insertion sous forme de contrat d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE) bénéficient d'exonérations spécifiques de cotisations sociales, visant à favoriser le recrutement de certains publics fragiles et éloignés de l'emploi. En cohérence avec les engagements gouvernementaux pris dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté en faveur de l'insertion par l'activité des personnes touchées par la pauvreté, le présent article supprime ces régimes d'exonération spécifiques (à l'exception des contrats au sein des employeurs publics, dont la situation est inchangée), devenus moins favorables que le droit commun, afin de faire bénéficier ces employeurs des allègements généraux dès le 1^{er} janvier 2019, pour un gain global de près de 50 millions d'euros, et au 1er octobre pour les employeurs recourant aux contrats aidés.

Les employeurs localisés en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin peuvent bénéficier d'une exonération des cotisations de sécurité sociale (hors cotisations AT-MP) ainsi que du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) au taux majoré de 9 %. L'éligibilité des employeurs à ces exonérations, ainsi que le barème applicable, dépend de leur importance (moins de 11 salariés ou 11 salariés et plus), de leur secteur d'activité et de leur éligibilité ou non au CICE. Ainsi, six barèmes spécifiques sont actuellement en vigueur. Les employeurs qui ne sont pas éligibles à ces dispositifs d'exonération bénéficient quant à eux des allègements généraux de cotisations sociales, ainsi éventuellement que du CICE majoré. Pour ces employeurs, le présent article poursuit plusieurs objectifs. Il s'agit tout d'abord de compenser la suppression du CICE spécifique aux entreprises ultra-marines. Le dispositif actuel sera en outre recentré et simplifié, conformément aux orientations fixées par le Livre bleu des outre-mer, d'une part en renforçant le niveau des exonérations pour les plus bas salaires, pour lesquels le coût du travail diminuera, même en tenant compte de la suppression du CICE, et d'autre part en réduisant le nombre de barèmes d'exonération de 6 à 2 :

- le premier barème prévoit, pour les entreprises de moins de 11 salariés et celles appartenant au secteur du bâtiment et des travaux publics, le maintien d'une exonération de cotisations totale jusqu'à 1,3 SMIC puis une dégressivité jusqu'à 2 SMIC ;

- le second barème permet de favoriser les employeurs, quel que soit leur effectif, appartenant aux secteurs devant être prioritairement soutenus, c'est à dire l'environnement, l'agriculture, la pêche, les économies touristique et numérique, l'industrie et la recherche et le développement, pour lesquels l'exonération sera renforcée et intégrale jusqu'à 1,4 SMIC puis dégressive jusqu'à 2,4 SMIC.

Les organismes prestataires qui emploient des aides à domicile bénéficient, afin de favoriser le maintien à leur domicile des personnes fragiles en raison de leur dépendance ou de leur handicap et de développer l'emploi dans le secteur des services à la personne, d'une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exclusion des cotisations AT-MP, sans plafond de rémunération, sur la partie de la rémunération correspondant aux tâches effectuées auprès d'un public fragile ou d'une exonération totale de ces mêmes cotisations dans la limite de 65 heures rémunérées au SMIC pour les prestations réalisées auprès d'une personne âgée de plus de 70 ans. Les particuliers employant directement des personnes dans de telles conditions bénéficient des mêmes exonérations. Par ailleurs, les organismes prestataires, à l'exception des employeurs publics, sont éligibles soit au crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE, au taux de 6 %) soit, pour une partie des structures non-lucratives effectivement redevables de la taxe sur les salaires, au crédit d'impôt à la taxe sur les salaires (CITS, au taux de 4 %). Pour les employeurs éligibles à ces crédits d'impôt, le présent article a pour objectif d'aligner le niveau des exonérations spécifiques applicables dans le secteur de l'aide à domicile afin que celui-ci soit au moins équivalent à celui du droit commun au niveau du SMIC. Aussi, le niveau de ces exonérations au SMIC sera augmenté pour passer de 28,7 % aujourd'hui à 40 % (pour un employeur de moins de 20 salariés) ou 40,4% (dans les autres cas) et portera, comme les allègements généraux de cotisations sociales, sur les cotisations dues au titre de la part mutualisée du risque AT-MP (0,84 %), sur les cotisations d'assurance vieillesse complémentaire (6,01 %) ainsi que sur la contribution d'assurance chômage (4,05 %), la contribution au fonds national d'action pour le logement (0,1% sur les salaires plafonnés pour les employeurs de moins de 20 salariés et 0,5% dans les autres cas) et la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,3 %). La mesure met également en œuvre une dégressivité de ces allègements, sous la même forme que pour l'ensemble des dispositifs d'exonérations alignés sur le droit commun, pour éviter que ce renforcement des allègements au niveau du SMIC génère un surcoût important et afin de maintenir constant le montant global du dispositif actuel. Toutefois, afin de conserver

pour les niveaux de rémunérations qui caractérisent ces secteurs un avantage supérieur à celui qui résulterait de l'application des allègements généraux, l'exonération des cotisations et contributions patronales ainsi renforcée restera intégrale jusqu'à un niveau de salaire égal à 1,1 SMIC, pour être ensuite dégressive jusqu'à 1,6 SMIC.

Les exonérations de cotisations sociales patronales pour l'emploi de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE) applicable pour le régime agricole sont supprimées au profit des allègements généraux renforcés de droit commun entrant en vigueur dès le 1^{er} janvier 2019 pour les entreprises du secteur de la production agricole. Même si la suppression du dispositif spécifique aboutit à de moindres exonérations pour certains employeurs agricoles, les gains liés au renforcement des allègements généraux vont profiter à la majorité des secteurs agricoles avec un gain pour le secteur de l'ordre de 100 millions d'euros.

Cet article prévoit également les modalités de suppression du CICE pour les employeurs dont les salariés relèvent de certains régimes spéciaux. Certains de ces employeurs bénéficieront de l'application d'une réduction des taux de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales. L'article vise également à mettre en conformité le dispositif d'exonération de cotisations sociales pour les entreprises d'armement maritime avec la législation européenne : il est ainsi proposé une extension des exonérations aux équipages qui sont embarqués sur des navires battant pavillon d'un autre État-membre de l'Union européenne, de l'espace économique européen ou de la Suisse.

Par ailleurs, il est également proposé une mise en cohérence des textes entre ceux qui définissent le champ des cotisations et contributions à prendre en compte dans le cadre des exonérations et ceux qui définissent le champ de celles pouvant être remises en cause en cas de travail dissimulé.

Enfin, le présent article précise les modalités déclaratives en matière d'allègements généraux et ouvre la possibilité de recourir à l'arbitrage de l'ACOSS en cas de divergence d'interprétations entre les organismes de recouvrement concernant les allègements généraux pour les entreprises mono-établissements. Ceci vise à faciliter la mise en œuvre de la réforme pour les entreprises.

Article 9

[Prolongation de la durée de l'exonération ACCRE pour les exploitants relevant du micro-bénéfice agricole]

L'article L. L.131-6-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, après les mots : « article 50-0 » sont ajoutés les mots : « ou de l'article 64 bis » ;

2° Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « L'alinéa précédent s'applique aux travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L.722-1 du code rural et de la pêche maritime et qui cessent de bénéficier du régime prévu à l'article 64 bis du code général des impôts. »

Exposé des motifs

Afin de promouvoir l'entrepreneuriat, et en lien avec les engagements pris par le Président de la République, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 a mis en place un dispositif généralisé d'exonération de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants qui créent ou reprennent une

activité (et non plus uniquement les demandeurs d'emploi), prenant ainsi la forme d'un élargissement du champ des bénéficiaires de l'exonération, à compter de 2019. Ainsi, une « année blanche » de cotisations est accordée à tous les créateurs et repreneurs d'entreprises, afin d'encourager la création d'activité, de faciliter l'amorçage des nouvelles entreprises et de soutenir les modèles économiques encore fragiles.

Pour les travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal (micro-BIC, micro-BNC) et optant pour le régime micro-social, l'exonération permettra un accompagnement dégressif sur trois ans du développement de leur activité.

Le présent article vise à étendre le bénéfice de la prolongation de cette exonération aux travailleurs indépendants soumis au régime des micro-bénéfices agricoles (micro-BA).

CHAPITRE 2 : DES REGLES DE COTISATION PLUS CLAIRES ET PLUS JUSTES

Article 10

[Rendre plus équitable la cotisation subsidiaire d'assurance maladie]

I.- L'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après la référence : « L. 160-1 » sont ajoutés les mots : « , à l'exception des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale lorsqu'elles sont redevables de cotisations d'assurance vieillesse au moins égales aux montants minimaux prévus à l'article L. 633-1 ou, pour les professions libérales, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 ainsi que des personnes mentionnées à l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime lorsqu'elles sont redevables d'une cotisation d'assurance vieillesse au moins égale au montant minimal de cette dernière prévu à l'article L. 731-11 du même code, ».

2° Au quatrième alinéa, les mots : « fixée en pourcentage du » sont remplacés par les mots : « assise sur le » et les mots : « , qui dépasse un plafond fixé par décret » sont supprimés ;

3° Après le quatrième alinéa sont insérées les dispositions suivantes :

« L'assiette de la cotisation fait l'objet d'un abattement fixé par décret. Cette assiette, avant application de l'abattement, ne peut excéder un montant fixé par décret. ».

4° Le cinquième alinéa est remplacé par l'alinéa suivant : « Le montant de la cotisation est égal au produit de l'assiette et d'un taux dont la valeur, fixée par décret, décroît, à partir d'un maximum, à proportion des revenus d'activité, pour s'annuler au niveau du seuil mentionné au 1°. »

5° Au sixième alinéa, les mots : « du Conseil d'Etat » sont remplacés par les mots : « en Conseil d'Etat ».

II.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur pour les cotisations exigibles à compter du 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

Dans un double objectif de sécurisation juridique et d'équité de traitement entre les travailleurs indépendants et les autres actifs, la présente mesure vise à ajuster les critères

d'assujettissement et les modalités d'établissement de l'assiette de la cotisation subsidiaire maladie afin de résorber ses fragilités juridiques et de pallier les incohérences de la cotisation actuelle.

La cotisation subsidiaire d'assurance maladie, qui a succédé en 2016 à la cotisation à la couverture maladie universelle de base (CMU-b), vise à assurer une juste contribution de l'ensemble des assurés au financement de l'assurance maladie, y compris pour ceux qui ne justifient pas de l'exercice d'une activité professionnelle ou d'un rattachement au titre de la perception d'une pension d'assurance vieillesse mais disposent de revenus du capital suffisamment importants pour acquitter une contribution au financement de leur couverture santé. 60 000 personnes étaient redevables de la cotisation en 2017 pour un rendement estimé à 130 millions d'euros. Cette dernière campagne de recouvrement a mis en lumière des défauts dans la conception de la contribution, qui suscite parfois l'incompréhension de certains redevables.

Ainsi, certains travailleurs indépendants ou exploitants agricoles ayant une activité déficitaire mais disposant d'un important revenu du capital sont devenus, en application des règles actuelles, passibles de cette cotisation. Par ailleurs, une variation limitée dans les revenus d'activité peut conduire à des différences d'assujettissement importantes entre certains assurés. Il est proposé de corriger ces défauts.

D'autres modifications sont prévues par voie réglementaire pour ajuster les modalités de calcul de la cotisation : l'abattement d'assiette, correspondant actuellement à 25 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), sera porté à 50 % du PASS, soit environ 40 000 euros, ce qui permettra de circonscrire l'assujettissement aux personnes disposant de revenus du capital importants qui représentent une part prépondérante de leurs revenus. Le taux de la cotisation sera pour sa part ramené par décret de 8 à 6,5 % afin de l'aligner sur le taux de la cotisation acquittée par les travailleurs indépendants au titre des prestations en nature d'assurance maladie.

La dégressivité de la cotisation due – qui est fonction du montant de revenus d'activité perçu par le redevable – sera renforcée et rendue plus juste pour tenir compte de la totalité des revenus d'activité. Dans le même temps, le seuil de revenus d'activité actuel au-delà duquel la cotisation n'est plus due sera doublé par décret. Enfin, l'assiette de la cotisation, aujourd'hui non encadrée, sera plafonnée à huit fois la valeur du PASS.

Ces modifications auront pour effet au total d'une part de réduire de moitié le nombre des redevables de la cotisation actuelle en excluant les personnes dont les revenus du capital sont les plus faibles ou pour lesquelles l'absence de revenu d'activité est ponctuelle et d'autre part de mieux proportionner le montant de cotisation acquitté par les assurés qui demeureront assujettis. Ces nouvelles dispositions s'appliqueront à compter des cotisations dues en 2019 au titre de 2018.

Article 11

[Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement]

I.- Le III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Au premier alinéa, les mots : « perçus par les personnes dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « des personnes » ;

2° Au deuxième alinéa, après les mots : « d'une part » sont insérés les mots « dont les revenus définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts perçus l'avant-dernière année » ;

3° Au troisième alinéa, après les mots : « d'autre part » sont insérés les mots : « dont les revenus définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts perçus l'avant-dernière ou l'antépénultième année ».

II.- Les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations et contributions dues pour les périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

Conformément aux engagements pris par le Gouvernement, cette mesure prévoit d'atténuer la hausse de la CSG pour les foyers dont les revenus sont à la limite du seuil de revenu déclenchant le taux normal de CSG et qui, pour des variations limitées et parfois ponctuelles de revenus, peuvent basculer au taux normal. Le problème que rencontrent ces foyers, dont les allers-retours sont fréquents entre le taux réduit (3,8%) et le taux normal (8,3%) de CSG, n'est pas nouveau, mais il a été amplifié par la hausse du taux normal de CSG, qui creuse l'écart entre les deux taux. En outre, l'effet de ce franchissement a été accru du fait de l'application de la hausse de 1,7 point de CSG au-delà du seuil d'application de la CSG à taux normal.

Le franchissement de ces seuils, pour les retraités modestes en particulier, conduit ainsi à une hausse importante des prélèvements dus, alors que l'accroissement de revenu peut être limité, voire temporaire, et à une hausse de prélèvement deux ans plus tard alors que les revenus ont pu entretemps se réduire de nouveau.

Aussi, afin d'éviter que les titulaires de revenus de remplacement ne soient pas assujettis à la CSG au taux normal pour des hausses parfois limitées et temporaires de revenu, il est proposé de n'appliquer le taux normal de CSG que lorsque les revenus de référence des assurés excèdent le seuil défini au titre de deux années consécutives.

La mesure, qui évitera chaque année l'entrée de 350 000 foyers de retraités dans le taux normal de CSG, s'applique aux revenus de remplacement dus à compter du 1er janvier 2019.

Article 12

[Sécurisation de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunérations]

I.- Le 8° de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« 8° Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 862-4-1 ; ».

II.- Après l'article L. 862-4 du même code, il est inséré un article L. 862-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 862-4-1.*- Il est institué une contribution 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. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« Cette contribution est due par chaque organisme mentionné à l’alinéa précédent en activité au 31 décembre de l’année au titre de laquelle la contribution est due.

« La contribution est assise sur l’ensemble des sommes versées au profit de ces organismes, au titre des cotisations d’assurance maladie complémentaire, selon les modalités définies au I de l’article L. 862-4.

« Le taux de la contribution est fixé à 0,8 %.

« La contribution est recouvrée par l’organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l’article L. 862-4, 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 à l’article L. 862-5. »

III.- Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

Il est proposé de sécuriser la participation des organismes complémentaires (OC) au financement du « forfait patientèle » des médecins traitants par la transformation de la contribution établie chaque année en une contribution fiscale. Ce dispositif, assis sur le montant des primes et cotisations versées au profit des organismes complémentaires au titre des contrats d’assurance maladie complémentaires dégagerait un rendement de 300 M€ au titre de 2019 conforme à l’engagement des organismes complémentaires, initié en 2012, et renouvelé dans la convention médicale du 25 août 2016. Afin de tenir compte de cet engagement, le taux de la contribution pourra être ajusté en cas d’évolution de l’assiette.

Article 13

[Poursuivre la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations]

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

1° A la seconde phrase au second alinéa du I de l’article L. 133-1 les mots : « ou par l’agent chargé du contrôle mentionné à l’article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont déplacés à la troisième phrase après les mots « par l’inspecteur » ;

2° L’article L. 133-5-6 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa les mots : « , qui emploient moins de vingt salariés » sont supprimés ;

b) Au troisième alinéa les mots : « Lorsqu’elles emploient moins de vingt salariés, » et les mots : « , quel que soit le nombre de leurs salariés, » sont supprimés ;

3° Au premier alinéa de l’article L. 133-5-10, les mots : « organisme désigné » sont remplacés par les mots : « ou plusieurs organismes désignés » ;

4° Le chapitre 3 du livre 2 est complété par une section 7 ainsi rédigée :

« Section VII

« Obligation et délai de conservation des documents nécessaires au recouvrement ou au contrôle des cotisations et contributions sociales

« Art. L. 243-16. - Les documents ou pièces justificatives nécessaires à l'établissement de l'assiette ou au contrôle des cotisations et contributions sociales doivent être conservés pendant une durée au moins égale à six ans à compter de la date à laquelle les documents ou pièces ont été établis ou reçus.

« Lorsque les documents ou pièces sont établis ou reçus sur support papier, ils peuvent être conservés sur support informatique. Les modalités de numérisation des pièces et documents établis ou reçus sur support papier sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 244-2, les mots : « à l'employeur ou au travailleur indépendant » sont remplacés par les mots : « ou par tout moyen donnant date certaine à leur réception par l'employeur ou le travailleur indépendant » ;

6° A l'article L. 531-8-1, les mots : « à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 531-8 » sont remplacés par les mots : « au troisième alinéa de l'article L. 531-8 » ;

7° L'article L. 613-5 est ainsi rédigé :

« Art. L. 613-5. - Les travailleurs indépendants 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. La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5. »

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

1° L'article L. 712-2 est ainsi modifié :

a) Les mots : « et répondent aux conditions fixées à l'article L. 712-3 du présent code » sont supprimés ;

b) Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le titre emploi-service agricole ne peut être utilisé qu'en France métropolitaine. » ;

2° L'article L. 712-3 est abrogé ;

3° Après l'article L. 724-7-1, il est inséré un article L. 724-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 724-7-2. - Les dispositions de l'article L. 243-16 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole. » ;

4° A la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 725-3, après les mots : « leur situation » sont insérés les mots : « par lettre recommandée ou par tout moyen donnant date certaine de sa réception » ;

5° L'article L. 725-24 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° Le premier alinéa du I de cet article du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. - Les caisses de mutualité sociale agricole se prononcent de manière explicite sur toute demande d'une personne posant une question nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation

relative aux conditions d'affiliation aux régimes agricoles ou de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes. » ;

b) Le II est supprimé.

III. L'article 42 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est ainsi modifié :

1° Au neuvième alinéa, le mot : « reverse » est remplacé par le mot : « verse » ;

2° Le dixième alinéa est complété par la phrase : « En cas de défaut de paiement par l'employeur des sommes mentionnées au troisième alinéa, celui-ci est exclu de la possibilité d'utiliser ce dispositif. Dans ce cas la créance de la rémunération due au salarié est transférée à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 qui recouvre les sommes dues selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires. » ;

IV. L'article 14 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :

1° Au septième alinéa les références : « , 2° ou 5° » sont remplacés par la référence : « ou 2° » ;

2° Le quatorzième alinéa est complété les dispositions suivantes : « Le non-respect de l'obligation de procéder par voie dématérialisée à ces différentes formalités entraîne l'application de la sanction prévue en cas de défaut de production de la déclaration sociale nominative dans le décret pris en application de l'article L. 133-5-4.

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé

« Toutefois, peuvent procéder aux formalités du présent article sur des supports papier les particuliers mentionnés à l'article L. 133-5-6 qui, en application de l'article 1649 quater B *quinquies* du code général des impôts, ne sont pas tenus d'effectuer par voie dématérialisée la déclaration prévue à l'article 170 du même code. » ;

4° Au quinzième alinéa le mot : « cette » est remplacé par le mot : « toute » ;

5° Le dix-septième alinéa est supprimé.

Exposé des motifs

Le Gouvernement poursuit la démarche de modernisation des dispositifs de recouvrement des cotisations sociales, afin de les rendre plus simples et plus efficaces. La présente mesure déploie cette orientation selon deux modalités.

D'une part, il vise à renforcer la dématérialisation des démarches des particuliers employeurs, en lien avec les chantiers de transformation de l'action publique lancés par le Gouvernement et l'objectif fixé dans ce cadre d'une administration 100% dématérialisée. Ainsi, l'utilisation de supports papier pour réaliser les déclarations de salaires dans le cadre du CESU sera réservée aux personnes qui ne sont pas soumises à l'obligation de dématérialisation, que ce soit pour leurs déclarations CESU ou pour la souscription de leur déclaration annuelle de revenus. Par ailleurs, la déclaration sociale de revenus des travailleurs indépendants, déjà réalisée très majoritairement par voie dématérialisée, devra être réalisée exclusivement par ce moyen à compter de 2019, ce qui facilitera les travaux de

simplification de cette démarche et d'intégration de cette déclaration à la déclaration de revenus à l'administration fiscale comme le Gouvernement s'y est engagé.

D'autre part, cet article vise à renforcer la dématérialisation des documents utilisés dans les relations entre les organismes de recouvrement et les cotisants, avec en particulier l'envoi électronique des mises en demeure et la possibilité de conserver des pièces justificatives susceptibles d'être examinées lors d'un contrôle sur support informatique.

Article 14

[Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments]

I.- L'article 1635 *bis* AE du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Le 3° du I est complété par les mots « à l'exception des modifications mentionnées au 2 de l'article 2 du règlement (CE) N° 1234/2008 de la Commission du 24 novembre 2008 relative à l'examen des modifications des termes d'une autorisation de mise sur le marché de médicaments à usage humain et de médicaments vétérinaire dont les répercussions sur la qualité, la sécurité ou l'efficacité du médicament sont minimales ou nulles. La liste des demandes de modifications exemptées du paiement d'un droit est fixée par décret. » ;

2° Au *c* du II, le montant : « 50 000 euros » est remplacé par le montant : « 60 000 euros ».

II.- Les dispositions du présent article s'appliquent aux demandes déposées à compter du 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

En cohérence avec les propositions formulées dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), la mesure consiste à simplifier la procédure de dépôt de demande de modification d'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un médicament auprès de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) : les redevables ne devront plus s'acquitter d'un droit d'enregistrement si les modifications demandées à une AMM sont des modifications simples, notamment celles qui portent sur des informations purement administratives ou l'emballage sans contact avec le produit. Au regard de la baisse de droits d'enregistrement qu'implique cette simplification, des augmentations des montants des droits pour les demandes initiales d'AMM ou pour des modifications majeures seront prévues par décret.

Article 15

[Simplifier et homogénéiser les mécanismes de sauvegarde pour les produits de santé]

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

A. – L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Les mots : « les chiffres d'affaires hors taxes réalisés » sont remplacés par les mots : « le chiffre d'affaires hors taxes réalisé » ;

b) Les mots : « ont respectivement évolué de plus d'un taux (Lv) ou d'un taux (Lh), déterminés » sont remplacés par les mots : « minoré des remises mentionnées aux articles L.

162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code, est supérieur à un montant M, déterminé » ;

c) Les mots : « par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, minorés des remises mentionnées à l'article L. 138-13 et des contributions prévues au présent article, » sont supprimés ;

d) Les mots : « des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution » sont remplacés par les mots : « une contribution » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Au 1°, les mots : « S'agissant du taux (Lv), ceux » sont remplacés par le mot : « Ceux » ;

b) Les mots : « 2° S'agissant du taux (Lh) : » sont supprimés ;

c) Les *a*, *b* et *c* deviennent respectivement les 2°, 3° et 4° ;

d) Les trois derniers alinéas sont supprimés ;

3° Le III est supprimé ;

B. – L'article L. 138-11 est ainsi modifié :

1° Le mot : « chaque » est remplacé par le mot : « la » ;

2° Les mots : « aux chiffres d'affaires respectifs de l'année civile mentionnés » sont remplacés par les mots : « au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné » ;

3° Les mots : « après application, le cas échéant, des modalités de répartition définies aux 1° et 2° du III dudit article L. 138-10 » sont remplacés par les mots : « minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;

4° Il est ajouté l'alinéa suivant :

« Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées à l'alinéa précédent pour les entreprises redevables. »

C. – L'article L. 138-12 est ainsi modifié :

1° Les mots : « chaque contribution » sont remplacées à chacune de leur occurrence par le mot : « la contribution » ;

2° Les mots : « , en prenant comme taux (L) mentionné dans le tableau ci-dessous soit le taux (Lv) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 1° du II de l'article L. 138-10, soit le taux (Lh) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 2° du même II » sont supprimés ;

3° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « taux d'accroissement du » sont supprimés ;

b) La lettre isolée : « T » est remplacée à chacune de ses occurrences par les lettres : « CA » ;

c) A la deuxième ligne, la lettre isolée : « L » est remplacée dans sa première occurrence par les lettres : « CA » ;

d) Les mots : « L + 0,5 point » sont remplacés dans chacune de leurs occurrences par les mots : « M multiplié par 1,005 » ;

e) Les mots : « L + 1 point » sont remplacés dans chacune de leurs occurrences par les mots : « M multiplié par 1,01 » ;

4° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « à concurrence de 50%, », « respectif » et « et, à concurrence de 50%, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires défini à l'article L. 138-10 » sont supprimés ;

b) La dernière phrase est supprimée ;

5° Au troisième alinéa, les mots : « des contributions dues » sont remplacés par les mots : « de la contribution due ».

D. – Aux articles L. 138-13 et L. 138-14, le mot : « chaque » est remplacé à chacune de ses occurrences par le mot : « la ».

E. – L'article L. 138-15 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « Les contributions dues », « font » et « les contributions sont dues » sont respectivement remplacés par les mots : « La contribution due », « fait » et « la contribution est due » ;

2° Au deuxième alinéa, le mot : « chaque » est remplacé à chacune de ses occurrences par le mot : « la » et le mot : « respectif » est supprimé.

F. – A l'article L. 138-16, dans sa rédaction issue de l'article [14] de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, les mots : « des contributions » sont remplacés par les mots : « de la contribution ».

II. – Pour l'année 2019, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est égal à 1,005 multiplié par le chiffre d'affaire hors taxes réalisé au cours de l'année 2018 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du même article L. 138-10 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale et des contributions mentionnées à l'article L. 138 10 dues au titre de l'année 2018.

III. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2019.

Exposé des motifs

Le conseil stratégique des industries de santé, qui s'est tenu le 10 juillet 2018, a notamment affirmé l'objectif d'un cadre de dialogue plus stable et plus lisible avec les industries de santé. Le présent article constitue l'une des traductions importantes de cet objectif, en faisant évoluer la clause de sauvegarde pour les médicaments. Il s'agit de simplifier les règles de ce mécanisme, dont l'objectif reste de permettre à la sécurité sociale de faire face à l'évolution des dépenses de médicaments.

Cet article permet de rendre la clause de sauvegarde plus cohérente avec son objectif : son assiette est élargie à l'ensemble des médicaments, alors que le dispositif précédant permettait de nombreuses exonérations ; elle intègre également les remises déjà versées par les laboratoires pour que son assiette corresponde mieux aux dépenses suivies dans le cadre de l'ONDAM. La clause de sauvegarde dévient également plus lisible, puisqu'elle consistera en un seul agrégat, mettant ainsi fin à la distinction entre la régulation spécifique en ville (taux « Lv ») et à l'hôpital (taux « Lh »). Pour l'année 2019, le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde est fixé à un niveau qui équivaudrait à une progression de 0,5 % du chiffre d'affaires net des médicaments remboursables par rapport à celui de 2018.

Article 16

[Mesures en faveur des travailleurs indépendants (1/2) : clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants]

I.- L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« I.- Les cotisations de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du dispositif prévu à l'article L. 613-7 sont assises sur une assiette nette constituée du montant des revenus d'activité indépendante à retenir, sous réserve des dispositions des II à IV, pour le calcul de l'impôt sur le revenu, diminuée d'un montant de cotisations calculé dans les conditions prévues au V. » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacée par les dispositions suivantes :

« II.- Les revenus mentionnés au I sont établis avant déduction au titre de l'impôt sur le revenu des sommes correspondant aux : » ;

b) Le 1° est supprimé ;

c) Les *a*, *b*, *c*, *d* et *e* deviennent respectivement des 1°, 2°, 3°, 4° et 5° et à chacun de ces alinéas le mot : « Les » est supprimé ;

d) Le neuvième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 6° cotisations versées aux régimes obligatoires, de base ou complémentaires, de sécurité social et les autres sommes mentionnées au premier alinéa du I de l'article 154 *bis* du même code ; »

3° Les 2°, 3° et 4° deviennent respectivement des 1°, 2° et 3° et les III et IV deviennent respectivement les IV et V ;

4° Après le neuvième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« III.- Les revenus mentionnés au I comprennent en outre : » ;

5° A la première phrase du III devenu le IV, les mots : « l'assiette prévue » sont remplacés par les mots : « des revenus mentionnés » ;

6° L'article est complété par les dispositions suivantes :

« V. - Le montant de cotisations mentionné au I est égal au produit du montant des revenus établi en application des II à IV et de la somme des taux de cotisations en vigueur l'année au titre de laquelle les cotisations sont dues, applicables pour l'assiette nette mentionnée au I, rapporté à cette même somme de taux de cotisations augmentée de un. Un décret précise les modalités de calcul.

« En vue de l'établissement des comptes des travailleurs indépendants dont le bénéfice est déterminé en application des dispositions des articles 38 et 93 A du code général des impôts, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 communiquent à l'issue de la déclaration des éléments mentionnés aux II et au III le montant de cotisations qui résulte de la règle mentionnée au présent alinéa. Les mêmes organismes mettent en place un téléservice permettant de procéder à tout moment à un tel calcul. »

II.- L'article L. 136-3 du même code est ainsi modifié :

1° A la première phrase, après le mot : « dispositions » sont insérés les mots : « des II à IV » ;

2° A la deuxième phrase, les mots : « Les cotisations personnelles de sécurité sociale mentionnées à l'article 154 *bis* du code général des impôts ainsi que » sont supprimés.

III.- Au XVII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, les mots : « 30 juin 2019 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2019 ».

IV. Les dispositions des I et II s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020.

Exposé des motifs

Dans la poursuite de l'objectif de simplification du droit applicable aux travailleurs indépendants, la présente mesure vise à clarifier les dispositions relatives à l'assiette des cotisations des travailleurs indépendants.

Le présent article procède en premier lieu à une réécriture des dispositions relatives à l'assiette des cotisations dues par les travailleurs indépendants, afin d'en préciser les modalités de calcul. En effet, les cotisations sociales des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles sont calculées sur une assiette dont ces cotisations sont elles-mêmes exclues. Ce mode de calcul « circulaire » présente l'avantage de correspondre au plus près à la réalité du bénéfice dégagé par l'activité, mais l'inconvénient d'une complexité évidente, surtout lorsque le calcul doit être réalisé par le travailleur indépendant lui-même. Cette complexité est d'autant plus fortement ressentie que la loi ne précise pas les modalités selon lesquelles les cotisations à déduire doivent être estimées par les redevables, ce qui est une source fréquente de questions, de difficultés de compréhension ainsi que d'erreurs dans les opérations de recouvrement. Il est proposé que la loi fixe de manière claire les modalités de réalisation de ce calcul visant à déterminer le montant des cotisations sociales personnelles à déduire de cette assiette. Il s'agit cependant uniquement d'une clarification de l'écriture même de la loi sans impact sur sa mise en œuvre et avec des conséquences nulles sur le

niveau des cotisations dues au regard du droit actuel. Cette disposition facilitera l'unification de la déclaration sociale des revenus et de la déclaration de revenus aux impôts à terme.

Par ailleurs, il est prévu de prolonger l'expérimentation, introduite par l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, permettant aux travailleurs indépendants volontaires d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle établie à partir des informations communiquées par ces travailleurs indépendants en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels. À l'heure actuelle, cette expérimentation devrait, aux termes de la loi, être interrompue le 30 juin 2019. À titre de simplification, il est proposé de prolonger cette expérimentation de 6 mois jusqu'à la fin de l'exercice civil, soit jusqu'au 31 décembre 2019.

Article 17

[Modulation des sanctions]

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

1° L'article L. 133-4-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 133-4-2.* – I. Le bénéfice de toute mesure de réduction ou d'exonération, totale ou partielle, de cotisations, de base ou complémentaires, de sécurité sociale ou de contributions sociales est supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.

« II.- Lorsque l'infraction est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-1 à L. 8271-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions et exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au I.

« III.- Par dérogation aux dispositions prévues au I et au II et sauf dans les cas mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 243-7-7, lorsque la dissimulation d'activité résulte uniquement de l'application des dispositions prévues au II de l'article L. 8221-6 du code du travail ou qu'elle représente une proportion limitée de l'activité, l'annulation des réductions et exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions est partielle.

« Dans ce cas, la proportion des exonérations annulées correspond au rapport entre le double des rémunérations éludées et le montant des rémunérations, soumises à cotisations de sécurité sociale, versées à l'ensemble du personnel de l'employeur, sur la période concernée, dans la limite de 100%.

« IV.- Un décret en conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles la dissimulation peut, au regard des obligations mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, être considérée comme limitée pour l'application du III, sans que la proportion de l'activité dissimulée puisse excéder 10%. »

2° L'article L. 243-7-7 est ainsi modifié :

a) Les trois premiers alinéas constituent un I ;

b) L'article est complété par les dispositions suivantes :

« II.- Sauf dans les cas mentionnés au III, la personne contrôlée peut bénéficier d'une réduction des majorations de redressement si, dans le délai de 30 jours à compter de la

notification de la mise en demeure elle procède au règlement intégral des cotisations, pénalités et majorations de retard notifiées, ou elle a présenté un plan d'échelonnement du paiement au directeur de l'organisme et que ce dernier l'a accepté.

« Cette réduction est notifiée par une décision du directeur de l'organisme une fois le paiement intégral constaté. Dans ce cas, le taux de majoration applicable est réduit de 10 points.

« III.- En cas de nouvelle constatation pour travail dissimulé dans les 5 ans à compter de la notification d'une première constatation pour travail dissimulé auprès de la même personne morale ou physique, la majoration est portée à :

« - 45 % lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la première infraction était de 25 % ;

« - 60 % lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la première infraction était de 40 % . ».

II.- Les dispositions du présent article s'appliquent aux opérations de contrôle engagées à compter du 1^{er} janvier 2019. Toutefois, les dispositions du III de l'article L. 133-4-2 et du II de l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue du présent article s'appliquent aux procédures de contrôle en cours ainsi qu'à toute annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contribution n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable.

Exposé des motifs

Les sanctions applicables en matière de travail dissimulé sont aujourd'hui les mêmes entre les employeurs quelle que soit leur taille ou la gravité des infractions constatées. Ainsi, l'une des sanctions applicables consiste à annuler l'ensemble des exonérations de cotisations sociales, qui peuvent représenter une proportion importante de la masse salariale, dont l'employeur a bénéficié sur la période faisant l'objet du redressement, soit jusqu'à cinq années. Cette sanction peut avoir dans certains cas des conséquences disproportionnées, par leur ampleur financière, eu égard à la gravité des faits constatés, notamment lorsque le manquement relève d'une dissimulation d'activité partielle et non d'une dissimulation totale, lorsqu'il s'agit d'un cas de requalification de la relation de travail en relation salariée dans une relation de prestation sans intention évidente ou enfin lorsque l'ampleur de l'infraction (proportion des heures de travail ou des salaires non-déclarés) représente une proportion très faible à l'échelle de l'entreprise, et procède manifestement d'une infraction à caractère isolé qui ne justifie pas d'appliquer une sanction particulièrement lourde à l'échelle de l'employeur.

En outre, l'importance des conséquences financières est d'autant plus grande que les allègements généraux représentent des montants élevés pour l'entreprise, sans que ce fait soit en rapport avec les manquements qu'il s'agit de sanctionner. C'est pourquoi la mesure proposée vise à permettre moduler les annulations de réductions de cotisations de sécurité sociale.

Enfin, dans l'objectif d'assurer un meilleur acquittement par les employeurs des sommes dont ils sont redevables en cas de redressement faisant suite à un constat de travail dissimulé, il est proposé d'autoriser une réduction des majorations de retard lorsque le paiement des sommes dues intervient rapidement. En contrepartie, ces majorations seraient accrues en cas de répétition des faits.

Article 18

[Mesure d'efficacité de la gestion financière des organismes de sécurité sociale]

I.- Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 114-6 est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Pour l'établissement des comptes combinés, le directeur comptable et financier de l'organisme national identifie et enregistre celles des écritures d'inventaire comptables, afférentes aux opérations des organismes de base et établies à partir d'estimations, ayant vocation à être retracées dans les comptes de l'organisme national. »

2° Le chapitre IV *ter* du titre Ier du livre I^{er} est ainsi modifié

a) il est créé une section 1 intitulée : « Contrôle interne » composée d'un article L. 114-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-8-1.- Les directeurs et les directeurs comptables et financiers des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code veillent conçoivent et mettent en place un dispositif national de contrôle interne dont l'objet est d'assurer la maîtrise des risques de toute nature, prioritairement lorsque ceux-ci ont une incidence financière, inhérents aux missions confiées à cet organisme. Ils mettent en œuvre les plans d'action permettant de remédier aux déficiences constatées et d'améliorer l'efficacité de la gestion des missions de leurs organismes. Les évaluations des directeurs mentionnés ci-dessus prennent en compte les résultats de la mise en œuvre de ces plans d'action. »

b) il est créé une section 2 intitulée : « Contrôle et lutte contre la fraude » regroupant les articles L. 114-9 à L. 114-22-1 ;

3° Après le premier alinéa de l'article L. 122-2, sont insérées les dispositions suivantes :

« Le directeur comptable et financier veille à la cohérence des données issues de la comptabilité et des données d'exécution des budgets de gestion et de leur analyse au regard des objectifs votés par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale.

« Le directeur comptable et financier établit, sur la base des résultats des opérations de contrôle interne, la synthèse des risques financiers majeurs auxquels l'organisme est exposé et des conditions dans lesquelles ces risques sont maîtrisés. » ;

4° Le 1° des articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 est ainsi modifié :

a) Le mot : « consolidés » est remplacé par le mot : « combinés »

b) Après les mots : « effectue le règlement » sont insérés les mots : « et la comptabilisation »

5° Au 3° de l'article L. 225-1-1, après les mots : « la loi » sont insérés les mots : « ou, pour les régimes obligatoires visés au présent code, par décret » ;

6° L'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) après les mots : « l'agence centrale des organismes de sécurité sociale peut » sont ajoutés les mots : « consentir, contre rémunération ».

b) au 1°, les mots : « consentir, contre rémunération, » sont supprimés.

c) au 2°, les mots : « A titre exceptionnel et contre rémunération, » et les mots : «, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné » sont supprimés.

d) il est inséré, après le 2°, un alinéa ainsi rédigé :

« 3° Sans préjudice de l'exercice par l'agence des missions prévues au 1° et au 2°, des avances d'une durée inférieure à un mois aux organismes, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, dont elle centralise des recettes ou pour le compte desquels elle assure le recouvrement de tout ou partie des cotisations et contributions. »

e) Au dernier alinéa, les mots : « aux 1° et 2° » est remplacée par les mots : « au présent article » ;

7° Après le premier alinéa l'article L. 253-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de décalage entre l'année de mise en recouvrement des recettes et celle au titre de laquelle ces recettes sont affectées aux organismes bénéficiaires, découlant des dispositions législatives ou réglementaires applicables, la mise en réserve des recettes correspondantes, dans l'attente de leur notification aux organismes bénéficiaires, est retracée dans les comptes de l'organisme chargé de leur recouvrement. »

8° Aux articles L. 114-6, L. 122-2, L. 122-7, L. 122-9, L. 122-1, L. 122-3, L. 123-1, L. 123-2, L. 123-3, L. 216-6, L. 217-3, L. 217-3-1, L. 217-4, L. 217-5, L. 217-6, L. 224-5-1, L. 224-5-2, L. 228-1, L. 281-2, L. 382-2, L. 641-3-1, et L. 641-7, les mots : « agent comptable » sont remplacés par les mots : « directeur comptable et financier ».

II.- Au 4° du XVI de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, l'année : « 2020 » est remplacé par l'année : « 2019 ».

Exposé des motifs

Le Gouvernement conduit depuis le début de la mandature des travaux de modernisation de l'action publique afin de rendre cette dernière plus efficiente. Cet article traduit cette volonté de modernisation et de transformation publique dans le champ de la sécurité sociale, selon deux logiques convergentes.

D'une part, il vise à faire en sorte que les prestations de sécurité sociale soient mieux liquidées, en réduisant les risques et les erreurs. Le versement des prestations sera ainsi amélioré du point de vue des citoyens, mais également plus efficient du point de vue des finances publiques. Ainsi, le contrôle interne dans les organismes de sécurité sociale sera amélioré, en faisant évoluer les missions des agents comptables pour en faire de véritables moteurs d'efficience.

D'autre part, il vise à capitaliser sur les compétences de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) en matière de recouvrement et de gestion de trésorerie, afin de gagner en efficience et en mutualisation au sein des organismes de sécurité sociale et de leurs partenaires.

Article 19

[Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'Etat et entre régimes de sécurité sociale]

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

1° La dernière phrase de l'article L. 131-7 est complétée par les mots : « , et l'exonération prévue à l'article L. 241-17 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la loi n° 2018-XXX de financement de la sécurité sociale pour 2019 » ;

2° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi modifié :

- Au deuxième alinéa, le taux : « 38,48% » est remplacé par le taux : « 46,34% » ;
- Au troisième alinéa, le taux : « 48,87% » est remplacé par le taux : « 36,09% » ;
- Au quatrième alinéa, le taux : « 12,65% » est remplacé par le taux : « 6,79% » ;
- il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« - à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour une fraction correspondant à 10,78% ».

b) Le 3° est remplacé par dix-huit alinéas ainsi rédigés :

« 3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III de l'article L. 136-8 du présent code est versé :

« a) A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,95 % ;

« b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4 du présent code, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret, et pour la part correspondant à un taux de :

« - De 5,97 % pour les contributions mentionnées au 1° du I de l'article L136-8 du présent code ;

« - De 7,35 % pour la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L136-8 ;

« - De 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II de l'article L136-8 ;

« - De 5,03 % pour les revenus mentionnés au 2° du II de l'article L136-8 ;

« - De 2,25 % pour les revenus mentionnés au III de l'article L136-8 ;

« c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,30 %.

« d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° de l'article L. 136-8, pour la part correspondant au taux de 1,45 % ;

« e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II de l'article L. 136-8 pour la part correspondant à un taux de 1,72 % ;

« f) A la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I de l'article L136-8 du présent code pour la part correspondant à un taux de 0,23 % » ;

« 3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :

« a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 8,6 % ;

« b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;

« 3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :

« a) A la branche mentionné au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;

« b) A la branche mentionné au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % . » ;

c) Au 5°, les mots : « et L. 137-19 » sont supprimés ;

2° Le 2° de l'article L. 135-3 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 2° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée dans les conditions prévues à l'article L. 131-8. » ;

3° L'article L. 136-8 est ainsi modifié :

a) Au 2° du I, le taux « 9,9 % » est remplacé par le taux « 9,2 % » ;

b) Les IV à VI sont supprimés ;

4° La section 5 du chapitre 5 du titre 4 du livre 2 est abrogée.

II.- Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 14-10-4 est ainsi modifié :

a) Les 2° et 3° sont supprimés ;

b) Le 5° devient le 2° ;

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

« 3° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 ; ».

2° L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Le *a* du 1° du I est ainsi modifié :

- Les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° » ;

- Après les mots : « 6,6% du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* du même article L. 14-10-4 » sont insérés les mots : « , une fraction comprise entre 1,8 % et 2,5 % du produit mentionné au 3° du même article, ».

b) Le *a* du 2 du I est ainsi modifié :

- Les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° » ;

- Après les mots : « 6,6% du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* du même article L. 14-10-4 » sont ajoutés les mots : « , une fraction de 7,1 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 » .

c) Le *a* du 1 du II est ainsi modifié :

- Les mots : « des contributions mentionnées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° ».

- Les taux : « 74 % » et « 82 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 64,3 % » et « 67,5% ».

d) Le *a* du III est ainsi modifié :

- Les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution visée au 1° ».

- Après les mots : « de l'article L. 14-10-4 » sont ajoutés les mots : « et une fraction comprise entre 4,6 % et 5,4 % du produit mentionné au 3° du même article. ».

e) Au *a* du 1 du IV les les taux : « 4 % » et « 10 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 3,3 % » et « 8,2% »

f) Au *b* du 1 du IV les mots : « Une part de la fraction » sont remplacés par les mots « Une part des fractions », les mots : « « de cette fraction » sont remplacés par les mots : « de ces fractions », et la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 3 ».

g) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« VIII.- Les sections IV et V peuvent contribuer au fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique pour le financement d'actions, d'expérimentations, de dispositifs ou de structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et handicapées. »

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

1° Au chapitre III du titre premier de la première partie du livre premier, la section VIII est intitulée : « Prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement » et comprend l'article 235 ter ainsi rétabli :

« Article 235 ter.- I. – Il est institué :

« 1° Un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Un prélèvement de solidarité sur les produits de placement mentionnés à l'article L. 136-7 du même code.

« II. – Le prélèvement de solidarité mentionné au 1° du I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.

« Le prélèvement de solidarité mentionné au 2° du même I est assis, contrôlé et recouvré selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

« III. – Le taux des prélèvements de solidarité mentionnés au I est fixé à 7,5 % . » ;

2° Les articles 1600-0 F bis et 1600-0-S sont abrogés ;

IV.- Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au 5° de l'article L. 731-2, le taux « 55,77% » est remplacé par le taux « 53,08% » ;

2° L'article L. 732-58 est ainsi modifié :

a) Au troisième alinéa, le taux « 4,18% » est remplacé par le taux « 6,87% »

b) Le cinquième alinéa est supprimé.

V. - Au F du II de l'article 28 de la loi n° 2017-1775 du 28 décembre 2017 de finances rectificative pour 2017, les mots : « des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « du prélèvement prévu à l'article 235 ter du code général des impôts » et la dernière occurrence des mots : « du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « du même code ».

VI.- Par dérogation aux dispositions de l'article L. 14-10-1 et au IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contribue pour l'année 2019 dans la limite de 50 millions d'euros, à la réforme du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du même code, dans des conditions définies par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et du budget.

VII.- La part des contributions à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale, donnant lieu à la réduction prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, font l'objet d'une prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les montants correspondant au niveau de la réduction sur les cotisations recouvrées.

Les montants correspondant à cette prise en charge sont versés aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale après transmission par ces derniers des justificatifs nécessaires à leur établissement.

La branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale assure l'équilibre financier de l'agence au titre de cette mission.

Le présent VII s'applique aux cotisations et contributions dues pour les périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

VIII.- En 2019, la part des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues au 1° de l'article L. 5422-9 du code du travail donnant lieu à la réduction prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, font l'objet d'une prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les montants correspondant à la part de la réduction qui est imputée sur les cotisations recouvrées en application du VII du même article L. 241-13.

Pour les contributions à la charge de l'employeur prévues au 1° de l'article L. 5422-9 du code du travail, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.

La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des a b d et e et f de l'article L. 5427-1 du même code et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du code de la sécurité sociale est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail.

Les branches mentionnées à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale assurent l'équilibre financier de l'agence au titre de cette mission, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels des branches.

Le présent VIII s'applique aux cotisations et contributions dues pour les périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

IX.- Lorsque le plafond prévu au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 mentionné au c de l'article 1001 du code général des impôts n'est pas atteint, l'affectation prévue au c est complétée au titre des années 2019 à 2021, dans la limite de ce plafond, par un prélèvement sur la fraction définie au b de cet article.

X.- Le III de l'article 9 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est abrogé.

XI.- Les dispositions relatives aux recettes fiscales prévues aux I, II, III, IV, V, VII et VIII du présent article sont applicables aux faits générateurs intervenant à compter du 1^{er} janvier 2019.

XII.- A compter du 1^{er} janvier 2020, l'article L. 131-8 code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, le taux : « 46,34 % » est remplacé par le taux : « 53,10% » ;

b) au troisième alinéa, le taux : « 36,09 % » est remplacé par le taux : « 19,35% » ;

c) Au quatrième alinéa, le taux : « 6,79 % » est remplacé par le taux : « 16,77% » ;

2° Le 3° est ainsi modifié :

a) le *b* est ainsi modifié :

- le taux : « 5,97 % » est remplacé par le taux : « 5,86% » ;

- le taux : « 4,65 % » est remplacé par le taux : « 4,54% » ;

- le taux : « 5,03 % » est remplacé par le taux : « 4,87% » ;

- le taux : « 2,25 % » est remplacé par le taux : « 2,14% » ;

b) au *c* le taux : « 0.60% » est remplacé par le taux : « 0,71% » ;

c) au *e*, le taux : « 1,72% » est remplacé par le taux : « 1,77% ».

3° au 3°bis, les taux « 9,3 % » et « 0,60 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 0,71% » et « 8,49 % ».

XIII.- A compter du 1^{er} janvier 2021, l'article L. 131-8 code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, le taux : « 53,10 % » est remplacé par le taux : « 52,53% » ;

b) au troisième alinéa, le taux : « 19,35 % » est remplacé par le taux : « 12,18% » ;

c) Au quatrième alinéa, le taux : « 16,77% » est remplacé par le taux : « 24,51% » ;

2° Le 3° est ainsi modifié :

a) le *b* est ainsi modifié :

- le taux : « 5,86 % » est remplacé par le taux : « 5,74% » ;

- le taux : « 4,54 % » est remplacé par le taux : « 4,42% » ;

- le taux : « 4,87 % » est remplacé par le taux : « 4,69% » ;

- le taux : « 2,14 % » est remplacé par le taux : « 2,02% ».

b) au *c* le taux : « 0,71% » est remplacé par le taux : « 0,83% » ;

c) au *e*, le taux : « 1,77 % » est remplacé par le taux : « 1,83 % ».

3° au 3°bis, les taux « 0,71% » et « 8,49 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 0,83 % » et « 8,37 % »

XIV.- A compter du 1^{er} janvier 2022, l'article L. 131-8 code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, le taux : « 52,53 % » est remplacé par le taux : « 52,30 % » ;

b) au troisième alinéa, le taux : « 12,18 % » est remplacé par le taux : « 8,93 % » ;

c) Au quatrième alinéa, le taux : « 24,51 % » est remplacé par le taux : « 27,99 % » ;

2° Le 3° est ainsi modifié :

a) le *b* est ainsi modifié :

- le taux : « 5,74 % » est remplacé par le taux : « 5,64 % » ;

- le taux : « 4,42 % » est remplacé par le taux : « 4,32 % » ;

- le taux : « 4,69 % » est remplacé par le taux : « 4,54 % » ;

- le taux : « 2,02 % » est remplacé par le taux : « 1,92 % » ;

b) au *c*, le taux : « 0,83 % » est remplacé par le taux : « 0,93 % » ;

c) au *e*, le taux : « 1,83 % » est remplacé par le taux : « 1,88 % ».

3° au 3°*bis*, les taux « 0,83 % » et « 8,37 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 0,93 % » et « 8,27 % ».

Exposé des motifs

Le présent article procède à des transferts de recettes entre branches et organismes de sécurité sociale ou pour lesquels des recettes sont recouvrées ou centralisées par la sécurité sociale.

En premier lieu, il organise la répartition des recettes affectées à la sécurité sociale en contrepartie de la réduction de 6 points des cotisations d'assurance maladie sous 2,5 SMIC, du renforcement des allègements généraux et de l'effet en année pleine de la baisse des cotisations salariales d'assurance chômage. Ainsi, une fraction de CSG est affectée à l'UNEDIC au titre des cotisations salariales supprimées, conformément aux engagements pris par le Gouvernement. Les pertes de recettes liées à l'intégration des cotisations patronales d'assurance chômage et de retraite complémentaires dans le calcul des allègements généraux renforcés seront compensées dans le cadre d'une prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui se voit affecter des recettes à ce titre.

En deuxième lieu, l'article procède à une réaffectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital hors CSG et CRDS. Cette réaffectation vise d'une part à simplifier les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. La réaffectation permet aussi de fusionner ces prélèvements qui se sont ajoutés sur une même assiette à raison d'affectataires historiquement différents, mais qui n'ont plus lieu d'être distingués compte tenu de cette réaffectation.

En troisième lieu, l'article opère une compensation à la branche vieillesse du régime général afin de neutraliser pour la branche l'absence de compensation systématique des exonérations et baisse de cotisations, s'agissant particulièrement de la suppression des exonérations de cotisations pour les heures supplémentaires.

En quatrième lieu, l'article affecte 50 millions d'euros au financement de la transformation des services d'aide à domicile.

Article 20

[Reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS]

L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 est ainsi modifiée :

1° A l'article 4, il est inséré un II *septies* ainsi rédigé :

« II *septies*.- La couverture des déficits des exercices 2014 à 2018 des branches mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L° 135-1 du même code, déduction faite de la part des déficits des exercices 2014 et 2015 couverte en application du II *quinquies* du présent article, est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite de 15 milliards d'euros.

« Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 15 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches fixé au même alinéa.

« Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2018 sont fixés par décret. »

2° A l'article 6, les mots : « aux IV et IV *bis* de l'article L. 136-8 » sont remplacés par les mots « au 3° de l'article L. 131-8 ».

Exposé des motifs

Le Gouvernement s'est engagé dès le début du quinquennat à poursuivre le rétablissement des comptes de la sécurité sociale, et à rembourser la totalité de la dette sociale. L'enjeu est de ne pas faire porter sur les générations futures le poids d'années de déficit de la sécurité sociale, et de protéger l'avenir de notre système de protection sociale.

Si la part la plus importante de la dette sociale a été transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), dont la date d'extinction demeure fixée à 2024, les déficits des derniers exercices restent à ce jour portés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour un montant qui devrait avoisiner les 28 milliards d'euros fin 2018.

Le retour à l'équilibre de la sécurité sociale permet de financer le transfert de cette dette résiduelle à la CADES, afin d'assainir définitivement les comptes de la sécurité sociale et de rembourser l'ensemble de la dette d'ici 2024, conformément aux engagements.

Il est ainsi proposé d'autoriser par cette mesure le transfert de 15 Md€, soit près des deux tiers de la dette accumulée à l'ACOSS, le reliquat ayant vocation à être apuré progressivement par les excédents prévus du régime général de la sécurité sociale. Ce

transfert sera financé par l'affectation d'une fraction accrue de contribution sociale généralisée (CSG), pour un montant de près de 1,5 milliard d'euros en 2020, augmenté de 2 milliards d'euros en 2021 et d'1,5 milliard d'euros en 2022.

Ce transfert des ressources sera réalisé sans aucun impact pour les contribuables.

L'apurement définitif de la dette de la sécurité sociale, en réduisant le niveau de la dette publique, participe à l'effort de redressement des comptes publics. Par ailleurs, cette mesure permet de sécuriser une fraction de dette publique face au risque de remontée des taux d'intérêts, en conformité avec les recommandations de la Cour des comptes.

Article 21

[Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe V]

Est approuvé le montant de 5,6 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 2019.

Exposé des motifs

Les crédits ouverts sur le budget de l'Etat en compensation d'exonérations s'élèvent à 5,6 Md€ en 2019. Cela représente un montant en baisse, du fait de la bascule d'une partie des exonérations qui faisaient auparavant l'objet d'une compensation du budget général vers les allègements généraux en application de l'article 8 du présent projet.

Article 22

[Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories 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 et du FSV]

Pour l'année 2019, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories 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 et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	217,5	218,0	-0,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,7	13,5	1,2
Vieillesse	241,4	241,2	0,3
Famille	51,5	50,3	1,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	511,3	509,1	2,2
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	509,9	509,6	0,4

Exposé des motifs

Pour la première fois depuis 2001, le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit un excédent au niveau constitué par l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Seuls le FSV et la branche maladie afficheront un déficit, mais en nette résorption par rapport à 2018.

Article 23

[Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et du FSV]

Pour l'année 2019, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	216,0	216,4	-0,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,3	12,2	1,1
Vieillesse	137,6	136,9	0,7
Famille	51,5	50,3	1,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	405,2	402,7	2,5
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	404,9	404,2	0,7

Exposé des motifs

De la même manière que sur le périmètre des régimes obligatoires de base, seuls le Fonds solidarité vieillesse (FSV) et la branche maladie du régime général demeurent en déficit en 2019. Ces déficits sont toutefois en nette résorption, et l'ensemble consolidé des soldes du régime général et du FSV affiche un excédent.

Article 24

[Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV]

I. - Pour l'année 2019, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,1 milliards d'euros.

II. - Pour l'année 2019, 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

III. - Pour l'année 2019, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes	0
Total	0

Exposé des motifs

Le retour à l'équilibre des comptes sociaux en 2019 permet d'amplifier le désendettement de la sécurité sociale. Fin 2019, la dette restant à amortir à la CADES devrait s'élever à 89 Md€, 171 Md€ ayant déjà été amortis par la caisse.

Article 25

[Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes]

Sont habilités en 2019 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

(en millions d'euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	38 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 900
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} au 31 janvier	600
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} février au 31 décembre	330
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	470
Caisse nationale des industries électriques et gazières	420
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales – période du 1 ^{er} janvier au 31 juillet	800
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales – période du 1 ^{er} août au 31 décembre	1 200

Exposé des motifs

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 38 milliards d'euros pour l'exercice 2019, à un niveau équivalent au plafond voté pour l'exercice 2018, qui permettra la couverture intégrale des besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles, du régime de sécurité sociale dans les mines, du régime spécial des industries électriques et gazières, ainsi que, à compter de 2019, des besoins du régime spécial des agents de la SNCF et du régime d'assurance vieillesse des fonctionnaires locaux et hospitaliers (CNRACL). Ce plafond d'emprunt permettra à l'ACOSS de gérer les aléas et décalages de flux pesant sur son profil tout au long de l'année. Il garantit à l'Agence une bonne couverture de son risque de liquidité en lui permettant

d'immobiliser les sommes afférentes avec une prévisibilité et une marge de manœuvre suffisantes.

Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) est fixé à 4,9 milliards d'euros, stable par rapport à l'exercice 2018.

Le niveau de ressources non permanentes auquel pourra recourir la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) est fixé à 600 millions d'euros pour la période courant du 1^{er} janvier au 31 janvier, puis à 330 millions d'euros pour le reste de l'année 2019. Ce premier plafond permettra à la caisse de couvrir ses engagements avant qu'elle n'encaisse le premier versement de la subvention d'équilibre de l'Etat au régime de retraite.

Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est quant à lui fixé à 470 M€, supérieur de 20 M€ au plafond d'emprunt en 2018. Les besoins de financement du régime des mines ont été très fortement réduits ces dernières années par la reprise des déficits cumulés de la branche maladie, grâce à l'intégration financière au régime général prévu par la LFSS pour 2016. Toutefois, les besoins de trésorerie de la caisse restent importants au regard de la situation de la branche vieillesse qui cumule des déficits importants (-328 M€ à fin 2018), en raison d'une adéquation imparfaite entre ses dépenses et ses recettes au titre desquelles la dotation d'équilibre versée par le budget de l'Etat.

Compte tenu de recettes plus dynamiques, les besoins de trésorerie de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) seront réduits en 2019. Il est donc proposé de réduire le plafond pour cette année à 420 millions d'euros.

Enfin la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL) devra recourir à l'emprunt en 2019 pour des niveaux conséquents. En effet, la situation financière du régime se dégrade dès 2019, avec un résultat prévisionnel négatif de - 1 245 M€. Il est proposé de tenir compte de la diminution progressive du solde de trésorerie sur l'année en retenant un plafond d'emprunt de 800 millions d'euros pour les sept premiers mois puis un second plafond de 1 200 millions d'euros pour cinq mois restant.

Article 26

[Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)]

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2019 à 2022), 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.

Exposé des motifs

Le présent article vise à approuver la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base présentée dans l'annexe B à la loi de financement de la sécurité sociale.

L'annexe présente les sous-jacents économiques qui ont permis la construction du projet de loi et des soldes des régimes de base jusqu'en 2022, et notamment les données macro-économiques qui déterminent le niveau des recettes, ainsi que la montée en charge des mesures portées dans le PLFSS en dépenses.

Dans un contexte de redressement des comptes sociaux et de retour à l'équilibre à partir de 2019, la trajectoire inclut l'apurement de la dette résiduelle portée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale avec un transfert progressif à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, comme le prévoit l'article 20. La trajectoire prévoit également une participation de la sécurité sociale à la prise en charge du renforcement des allègements généraux comme préconisé par le rapport relatif à la rénovation des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Elle garantit le maintien à l'équilibre de la sécurité sociale.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019

TITRE I : TRANSFORMER LE SYSTEME DE SOINS

Article 27

[Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé]

I. L'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

2° Après les mots : « mentionnées aux 1° », est ajoutée la référence : « , 2° » ;

3° Après les mots : « mesurés chaque année par établissement. », sont ajoutés les mots : « Ces critères peuvent prendre en compte les résultats et expériences rapportés par les patients. » ;

4° Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« II. - Les établissements dont les résultats n'atteignent pas pendant trois années consécutives un seuil minimum pour certains des critères liés à la qualité et de la sécurité des soins mentionnés au I font l'objet d'une pénalité notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations. Le montant de la pénalité dépend du nombre de critères concernés et est fixé en tenant compte de l'ampleur et du caractère réitéré des manquements constatés, dans la limite de 0,5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

« Lorsque les résultats d'un établissement mentionnés au précédent alinéa sont insuffisants pour une année donnée, celui-ci se voit notifier par le directeur général de l'agence régionale de santé un avertissement précisant le niveau de sanction potentielle. » ;

5° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III.- » ;

6° La première phrase du dernier alinéa est complétée par les mots : « et de mise en œuvre de la pénalité mentionnée au deuxième alinéa ».

II. Les dispositions prévues au I entrent en vigueur :

le 1^{er} janvier 2019 pour le 2° ;

le 1^{er} janvier 2020 pour le 3^o et le 4^o ;

le 1^{er} janvier 2021 pour le 1^o.

Exposé des motifs

Le développement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant les usagers est un axe central de la stratégie nationale de santé 2018-2022. La mesure de la qualité s'est améliorée et ses indicateurs sont rendus publics. La démarche d'amélioration continue de la qualité, fondement de la certification des établissements, est un moteur puissant et fédérateur de changement et d'amélioration des organisations et pratiques professionnelles, au bénéfice des patients qui sont de plus en plus acteurs de ces évolutions.

Les modalités de financement sont un des leviers majeurs pour consolider et amplifier ces évolutions. Ainsi, la stratégie nationale de santé souligne-t-elle la nécessité de faire évoluer les modèles de financement pour qu'ils incitent à la qualité et à la pertinence des soins et non pas seulement au volume d'activité.

Des dispositifs de paiement à la qualité ont été progressivement introduits dans de nombreux pays de l'OCDE, en combinaison avec d'autres dispositifs favorisant la productivité du système.

En France, l'introduction du CAPI en 2009 (devenu la ROSP en 2012) pour la médecine de ville et du programme IFAQ (Incitations Financières à l'Amélioration de la Qualité) pour le secteur hospitalier en 2012 (généralisation en 2016) ont constitué des étapes importantes.

Dans le prolongement de ces premières étapes, la mesure proposée prévoit d'étendre le dispositif de rémunération à la qualité en établissement de santé aux établissements psychiatriques à un horizon de trois ans et de prendre mieux en compte, pour l'ensemble des établissements, les résultats et expériences rapportés par les patients.

Afin de mieux tenir compte les problématiques de non-qualité, la mesure prévoit également la possibilité d'appliquer une pénalité aux établissements dont les résultats n'atteignent pas un seuil minimum pour certains des critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cette pénalité ne serait appliquée qu'à partir de 2020 et a pour objectif de sanctionner des résultats considérés comme inacceptables sur des critères de non qualité. Il est proposé que cette pénalité soit plafonnée à 0,5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Article 28

[Financement forfaitaire de pathologies chroniques]

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. - Il est créé un article L. 162-22-6-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-6-2. – Afin d'améliorer le parcours de soins, pour des patients atteints de pathologies chroniques dont la liste est précisée par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des prestations mentionnées aux articles L.162-22-6, L.162-26 et L.162-26-1 peut donner lieu, par dérogation aux mêmes articles, à une rémunération forfaitaire. » ;

II. – L'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

1° Le 2° du I est complété par les mots : « et du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2 » ;

2° Le 5° du I est supprimé ;

3° Au dernier alinéa du I, les mots : « aux 2° et 5° » sont remplacés par les mots : « au 2° ».

III. – A l'article L. 162-22-12, après les mots : « L'Etat arrête le montant » sont insérés les mots : « du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2, » ;

IV. – Le premier alinéa de l'article L. 162-22-15 est ainsi modifié :

1° Les mots : « annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, » sont remplacés par les mots : « et dotations mentionnés » ;

2° Après les mots : « respectivement, aux articles », sont insérés les mots : « L. 162-22-6-2, ».

Exposé des motifs

L'augmentation continue du nombre de cas de pathologies chroniques est une constante des systèmes de santé occidentaux.

En France les pathologies chroniques représentent 60% des dépenses d'assurance maladie alors qu'elles ne concernent que 17% des assurés.

La plupart des patients atteints de pathologies chroniques sont pris en charge à la fois par la ville et par les structures hospitalières dans des parcours rarement coordonnés.

La rémunération à l'acte tant des praticiens de ville que des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, est particulièrement peu adaptée aux pathologies chroniques puisqu'elle finance essentiellement les soins curatifs et peu les soins préventifs, et n'incite pas à la coordination entre acteurs.

C'est pourquoi il est proposé une évolution du mode de financement actuel afin de tendre vers un modèle de rémunération forfaitaire pour la prise en charge de certaines pathologies chroniques en vue d'inciter les professionnels à prévenir la survenue des complications des maladies chroniques et à en freiner l'évolution.

Ces forfaits ont vocation, à terme, à couvrir l'ensemble de la prise en charge, que ce soit en ville comme le recours hospitalier, et à être déclinés en fonction du risque du patient. Ils intégreront des indicateurs qualité relatifs à l'amélioration de l'état de santé ainsi qu'à l'expérience des patients.

Dans un premier temps, en 2019, le forfait ne concernera que les établissements de santé, et deux pathologies (diabète et insuffisance rénale chronique). Il devra, par la sécurisation des ressources qu'il apporte, leur permettre de s'engager dans une démarche de transformation de leurs pratiques, davantage préventive et coordonnée avec la ville.

Article 29

[Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé (art. 51 LFSS 2018)]

I. - L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° du II est complété par les dispositions suivantes :

« e) Le 3° de l'article L. 6122-2, en tant qu'il impose la satisfaction des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 6124-1 du même code ;

« f) L'article L. 6145-8-1, afin de permettre à plusieurs établissements d'un même groupement hospitalier de territoire de mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'Etat ;

« g) L'article L. 6114-1, et les 1°, 4° et 5° de l'article L. 6143-7, afin de permettre à plusieurs établissements d'un même groupement hospitalier de territoire d'élaborer un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques ou d'unifier leurs relations contractuelles avec l'agence régionale de santé ;

« h) Le dernier alinéa de l'article L. 6141-1 pour les dispositions concernant le directoire, les b et c du II de l'article L. 6132-2, les articles L. 6143-7-5, L. 6144-1, L. 6144-2, L. 6144-3, L. 6144-3-1, L. 6144-3-2, L. 6144-4, L. 6146-9, ainsi que les diverses dispositions réglementaires régissant les instances et la conférence territoriale de dialogue social des groupements hospitaliers de territoire, afin de permettre à plusieurs établissements d'un même groupement hospitalier de territoire d'adapter ou d'unifier tout ou partie de leurs instances représentatives ou consultatives ;

« i) Les articles L. 6154-2 et L. 6154-3, afin de permettre, en zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser, sans dépassement d'honoraires, une activité libérale hors de l'établissement où il est nommé ou exerce à titre principal son activité ;

« j) Les articles L. 4041-2 et L. 4042-1, afin de permettre un élargissement de l'objet de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires aux objectifs mentionnés au I et des modalités de rémunération de ses membres ;

« k) Le dernier alinéa de l'article L. 6133-1, afin de permettre la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire ;

« l) L'article L. 6312-4, afin de permettre aux agences régionales de santé d'adapter le nombre d'autorisations aux évolutions de l'offre de soins hospitalière. » ;

2° Le II est complété par les dispositions suivantes :

« 4° Aux règles mentionnées aux articles L. 312-2, L. 511-5 et L. 511-7 du code monétaire et financier, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation, afin de permettre à plusieurs établissements membres d'un même groupement hospitalier de territoire de mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'Etat.

« 5° Aux règles mentionnées aux articles L. 4611-1 et L. 4611-2 du code du travail maintenus en vigueur par le I de l'article 10 de l'ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation, afin de permettre à

plusieurs établissements d'un même groupement hospitalier de territoire d'adapter ou d'unifier leurs instances représentatives ou consultatives. »

3° Après le III de l'article L. 162-31-1 sont insérées les dispositions suivantes :

« IV.- Les expérimentations mentionnées au I comportant une démarche de coopération telle que celles visées à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ou la réalisation d'actes de télésurveillance tels que ceux visés au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 sont soumises à la procédure prévue au III. »

4°) Les IV, V et VI deviennent respectivement les V, VI et VII ;

5°) Le V de l'article L. 162-31-1, devenu le VI, est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « le financement de tout ou partie des expérimentations » sont insérés les mots : « et des dépenses afférentes à leurs mises en œuvre » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « Les ressources du fonds sont constituées par une dotation de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, dont le montant » sont remplacés par les mots : « Le plafond de dépenses annuelles de ce fonds ».

II. Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1er janvier 2019.

Exposé des motifs

La transformation de notre système de santé nécessite de tester des modes d'organisation et de financement innovants, à l'initiative, notamment, des acteurs de terrain. C'est l'objet de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui prévoit un cadre unique d'expérimentation pour l'innovation du système de santé.

Les dérogations ouvertes en LFSS pour 2018 visaient essentiellement à promouvoir des modes de financement innovants (financement à l'épisode de soins, paiement en équipes de professionnels...). Moins d'un an après l'ouverture de ce droit à expérimentation, près de 370 porteurs de projets ont déjà manifesté leur intérêt pour ce dispositif et formulé des premières propositions de projets dans le cadre de projets nationaux (réponses aux appels à manifestation d'intérêt) ou à l'initiative des acteurs. Ces résultats, obtenus en quelques mois, résultent d'une importante mobilisation des pouvoirs publics et des acteurs de la santé.

La concrétisation de la stratégie de transformation du système de santé, annoncée par le Président de la République le 18 septembre, nécessite d'amplifier dès à présent la portée de ces expérimentations pour permettre aux acteurs qui le souhaitent de s'engager plus franchement dans la transformation de leurs organisations.

Le champ de l'article 51 doit ainsi être élargi pour permettre d'intégrer des projets plus ambitieux sur le plan de l'innovation organisationnelle, notamment en ce qui concerne les établissements de santé, ce qui nécessite de déroger aux conditions techniques de fonctionnement relevant du droit des autorisations des activités de soins. Cet élargissement permettra également d'accompagner l'amplification des démarches de territoire et du plan d'égal accès aux soins, en permettant aux praticiens hospitaliers qui le souhaitent d'exercer leur activité libérale « hors les murs », dans le cadre d'une activité mixte ville / hôpital. Amplifier ainsi la portée de l'article 51 permettra d'accompagner un nombre plus importants de projets expérimentaux et d'accélérer la transformation du système de santé en mobilisant

l'ensemble des acteurs dans le sens d'une meilleure prise en charge du patient et d'une plus grande efficacité des dépenses de santé.

Article 30

[Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants (régime simplifié des professions médicales)]

I. – Au 5° *bis* de l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « L. 613-7 » sont insérés les mots « et à l'article L. 642-4-2 ».

II. - La section 1 du chapitre 2 du titre 4 du livre 6 du même code est complétée par un article ainsi rédigé :

« Art. L. 642-4-2. I. – Les médecins exerçant leur activité à titre de remplacement ainsi que les étudiants en médecine remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique dont les rémunérations issues de l'activité de remplacement sont inférieures à un seuil fixé par décret, peuvent opter pour que l'ensemble des cotisations et les contributions sociales dont ils sont redevables soient calculées mensuellement ou trimestriellement en appliquant au montant de leurs rémunérations un taux global fixé, par décret, en tenant compte du taux d'abattement prévu à l'article 102 *ter* du code général des impôts et des taux des cotisations et contributions sociales applicable aux revenus des médecins mentionnés au 1° de l'article L. 646-1. Ce décret fixe également les règles d'affectation des sommes versées entre les différents régimes ou branches concernées.

« II. – L'option pour l'application des dispositions mentionnées au I est exercée auprès de la caisse mentionnée aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans la circonscription de laquelle sont exercées les activités de remplacement. Cette caisse assure, en lien avec les médecins ou les étudiants concernés et les organismes mentionnés au III, la réalisation des déclarations nécessaires à ces activités.

« III. – La déclaration des rémunérations et le paiement des cotisations et des contributions sociales qui en découlent sont effectués par les médecins et les étudiants remplaçants mentionnés au I au moyen d'un téléservice mis en place à cette intention par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. »

III. – A l'article L. 644-2, après les mots « conjoints-collaborateurs », sont insérés les mots : « et les personnes ayant fait valoir l'option prévue à l'article L. 642-4-2 »

IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Exposé des motifs

Le présent article vise à simplifier l'exercice mixte (salarié et libéral) des médecins souhaitant effectuer des remplacements en libéral. Il s'inscrit dans le cadre des priorités déterminées par le plan d'accès aux soins du 13 octobre 2017 et constitue ainsi l'un des leviers retenu par le Gouvernement pour renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients. La mesure s'inscrit également dans la continuité des actions déjà engagées à destination des étudiants et jeunes médecins qui visent notamment à favoriser les remplacements dans les zones sous-denses et à répondre aux problèmes de démographie spécifiques aux médecins.

La mesure proposée crée un nouveau régime simplifié pour les professionnels médicaux conventionnés (RSPM) inspiré du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). Ce nouveau régime permettra de simplifier la déclaration et le

paiement des cotisations sociales des médecins salariés exerçant une activité de remplacement libéral à titre secondaire et dont les revenus n'excèdent pas un plafond qui sera fixé par décret à environ 19 000 € brut par an, soit environ 7 à 8 semaines de remplacement. Il reposera notamment sur un taux unique (somme des taux dus dans l'ensemble des régimes après prise en charge par l'assurance maladie), une assiette simple et facile à appréhender (les honoraires rétrocedés) et une logique de déclaration / paiement simultanés, sur un rythme mensuel à l'initiative du médecin.

Cette mesure, dans la continuité de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 relatif à la suppression de la condition de délai d'activité préalable pour être affilié au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, permettra de favoriser les remplacements notamment dans les zones sous-denses et contribuera ainsi au renforcement de l'accès aux soins dans les territoires. Elle permettra également aux étudiants de 3^e cycle de se familiariser avec l'exercice en médecine de ville et de renforcer l'attractivité de l'exercice mixte (salarié / libéral).

Article 31

[Etendre l'objet des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) aux pratiques avancées]

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

1° Après le 2° de l'article L. 4041-2 est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Sous réserve que ses statuts le prévoient, l'exercice de la pratique avancée par des auxiliaires médicaux, tels que définis à l'article L. 4301-1. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 4041-3, après les mots : « Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoire » sont insérés les mots : « , à l'exception de celles dont l'objet comprend l'exercice de la pratique mentionnée au 3° de l'article L. 4041-2, » ;

3° Au second alinéa de l'article L. 4042-1, après les mots : « lorsque ces activités » sont insérés les mots : « , ainsi que celles mentionnées au 3° de l'article L. 4041-2, » ;

II. Au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après les mots : « en centre de santé » sont insérés les mots : « , en maison de santé ».

Exposé des motifs

Le développement des pratiques avancées des auxiliaires médicaux en ville constituera un puissant levier d'amélioration de l'accès aux soins. Les maisons de santé, dont il est prévu de doubler le nombre d'ici 2022, constituent un support utile pour le développement d'équipes coordonnées de professionnels de santé dans le cadre d'exercice offert par ces pratiques avancées. Or, si les centres de santé peuvent d'ores et déjà « exercer » ces nouvelles pratiques et ainsi salarier des auxiliaires médicaux à cette fin, tel n'est pas le cas des maisons de santé. Il existe aussi un souhait des professionnels de santé de diversification dans leur mode de rémunération, au sein des structures libérales. Cet obstacle au développement de ces pratiques dans les maisons de santé constitue un frein au développement des prises en charge dans le champ des soins primaires, qu'il convient de lever.

En effet, les maisons de santé conventionnées avec l'assurance maladie sont constituées en société interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) et leur objet est ainsi limité, par la loi, à la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité

professionnelle des associés ainsi qu'à l'exercice d'activités en commun limitativement définies (coordination thérapeutique / éducation thérapeutique du patient / coopération entre professionnels) qui n'incluent pas l'exercice en pratique avancée. Le présent texte élargit donc l'objet des SISA aux pratiques avancées et offre ainsi à ce nouveau mode d'exercice un cadre particulièrement adapté. L'assurance maladie pourra ainsi rémunérer à grande échelle un nouveau mode d'exercice, ce qui améliorera d'autant l'accès aux soins, en particulier pour les patients atteints de pathologies chroniques.

Article 32

[Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge]

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A.- L'article L. 161-38 est ainsi modifié :

1° Au II, après les mots : « répertoires des génériques » sont insérés les mots : « , au registre des médicaments hybrides » ;

2° Le IV est ainsi modifié :

Les mots : « sont rendus obligatoires » sont remplacés par les mots : « peuvent être demandées par les éditeurs » ;

Les mots : « dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er janvier 2015 » sont remplacés par les mots : « , produits de santé et prestations éventuellement associées, le cas échéant par les pharmacies d'officine ou les pharmacies à usage intérieur. Les fonctionnalités qui doivent être fournies par le logiciel en vue d'obtenir la certification sont fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

c) Le dernier alinéa est supprimé ;

4° Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« V. – Les éditeurs de logiciels demandant une certification en application du présent IV s'engagent à faire évoluer leur logiciel pour en assurer la conformité avec les évolutions des critères de la certification prévus au présent article.

« En cas de retard de la mise à jour d'un logiciel certifié ou de non-respect des éléments de certification au regard des engagements pris au premier alinéa, hors les cas d'impossibilité technique, le ministre en charge de la sécurité sociale prononce une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise éditant le logiciel qui n'a pas respecté les engagements mentionnés au premier alinéa, après mise en demeure et recueil des observations de celle-ci.

« Le montant de la pénalité est déterminé en fonction de la gravité du manquement constaté, sans pouvoir être supérieur à 10% du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le ou les logiciels concernés par le manquement.

« La pénalité 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.

« En cas de manquement répété à ses engagements, les logiciels concernés peuvent perdre leur certification. »

B.- [Après l'article L. 162-2-4 nouveau], il est inséré un article L. 162-2-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-2-5.* – Pour des actions de prévention ou de soins ciblés, les outils d'aide à la décision ou à la prescription mis à disposition des médecins et des pharmaciens, peuvent intégrer certaines données des patients traités par ces professionnels et dont l'assurance maladie dispose dans le cadre de ses missions et notamment celles mentionnées aux articles L. 221-1 et L. 315-1 du présent code, et à l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime, sauf opposition des patients concernés dûment informés par ces professionnels.

« La mise à disposition de ces outils peut notamment faire appel au système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. »

C.- L'article L. 162-5 est ainsi modifié :

1° Le 21° est supprimé ;

2° Au 22°, après les mots : « la prescription, » sont insérés les mots : « l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38, ».

D.- L'article L. 162-5-15 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « mentionnés à l'article L. 6155-1 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « exerçant en totalité ou pour partie leurs fonctions, à titre libéral ou salarié, dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, » , et après les mots : « ils exercent » sont insérés les mots : « , au moins en partie, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « figure obligatoirement » sont remplacés par les mots : « personnel, ainsi que le cas échéant le numéro identifiant la structure au sein duquel l'acte, la consultation ou la prescription a été réalisé, figurent ».

E.- A l'article L. 162-5-16, après les mots : « A défaut d'identification » sont insérés les mots : « correctement renseignée » , et après les mots : « à l'article L. 162-5-15 » sont insérés les mots : « et par le numéro identifiant la structure, » ;

F.- Après l'article L. 162-5-17, il est créé un article L. 162-5-18 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-18.* – Le pharmacien exécutant l'ordonnance comportant ou devant comporter le numéro personnel et le numéro identifiant la structure mentionnés à l'article L. 162-5-15, est tenu de reporter ces numéros sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie.

« Le non-respect de cette obligation ou la transmission d'éléments erronés peuvent donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code, pour le pharmacien. ».

G.- Au 8° de l'article L. 162-16-1, après les mots : « sur la dispensation, » sont insérés les mots : « l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38, ».

Exposé des motifs

Les solutions numériques, employées en combinaison avec les autres outils disponibles, peuvent appuyer efficacement la transformation de notre système de santé. Utilisées à bon escient, elles pourront aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne, en leur signalant certaines interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses, en leur rappelant l'intérêt d'utiliser telle ou telle alternative thérapeutique dans une situation donnée, ou encore en leur permettant de mieux analyser leur pratique, par exemple au sein d'un établissement de santé. Cette transformation numérique de notre système de santé sera nécessairement progressive, et reposera sur un meilleur partage des informations disponibles.

Le présent article vise à améliorer le recours aux outils numériques disponibles pour les professionnels de santé. Il renforce tout d'abord les incitations à recourir à des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation certifiés pour les médecins et les pharmaciens, qu'ils exercent selon un exercice libéral ou au sein d'un établissement de santé. Les logiciels d'aide à la prescription, qui pourront continuer à être certifiés par la Haute Autorité de santé, constituent en effet un outil quotidien très utile pour faciliter certaines tâches répétitives ou repérer de potentiels risques liés à certaines prescriptions.

L'article renforce également les modalités de connaissance du système de santé, et notamment de certaines prescriptions. Il rend possible, comme cela existe déjà pour les établissements de santé publics, le fait de mieux connaître les prescriptions provenant des établissements de santé privés, en reportant cette information sur les supports de prescription. Pour que l'information de l'ensemble des acteurs soit effectivement renforcée, l'article prévoit l'obligation de transmission de ces données par le pharmacien ; il s'agit de reconnaître pleinement le rôle de ce professionnel dans la collecte et la transmission d'informations, comme cela a également récemment été le cas s'agissant de son implication dans les études en vie réelle. Surtout, il permettra aux organismes d'assurance maladie de mieux informer les prescripteurs sur les modalités qui permettraient d'améliorer en charge certains de leurs patients, en mettant à profit les données déjà détenues par l'assurance maladie, comme par exemple la date de la dernière vaccination.

Ces mesures constituent des étapes supplémentaires afin de diffuser plus largement les outils d'aide à la prescription, et de renforcer l'utilisation des données de santé pour chercher à atteindre une prise en charge toujours plus qualitative.

TITRE II : AMELIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTE

CHAPITRE I : LEVER LES OBSTACLES FINANCIERS A L'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS

Article 33

[Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires]

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

A. L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « tarification » sont insérés les mots : « , de distribution » ;

2° Au quatrième alinéa, après les mots : « du professionnel » sont insérés les mots : « du distributeur », et après les mots : « de santé » est inséré le mot : « , distributeur ».

B. L'article L. 165-1 est ainsi modifié :

1° A la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « et d'utilisation » sont remplacés par les mots : « , d'utilisation et de distribution » ;

2° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque l'inscription est effectuée par description générique, elle peut en outre être subordonnée à l'inscription des références précises des produits ou prestations sur une liste annexe. »

C. Après l'article L. 165-1-3, sont insérées les dispositions suivantes :

« *Art. L. 165-1-4.* - Pour limiter les frais à la charge des assurés dans un objectif de protection de la santé publique et d'accès aux soins, et compte tenu des caractéristiques des produits ou prestations, l'inscription de produits ou prestations sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 peut distinguer plusieurs classes, dont au moins l'une de ces classes a vocation à faire l'objet de conditions de prise en charge par l'assurance maladie renforcées pouvant conduire notamment, le cas échéant, à une couverture intégrale après application des garanties complémentaires mises en place dans les conditions mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 871-1.

« *Art. L. 165-1-5.* - I. - Le remboursement par l'assurance maladie de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 peut être conditionné à l'obligation, pour les fabricants ou pour les distributeurs, de proposer et de disposer et de certains produits ou prestations faisant l'objet des conditions de prise en charge mentionnées à l'article L. 165-1-4.

« II. - La prescription ou la distribution, en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie, de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, peut donner lieu à l'obligation, pour le prescripteur ou le distributeur, de participer à un dispositif d'évaluation visant à établir la qualité de la prise en charge du patient et la mise en œuvre conforme des modalités de prise en charge et de distribution des produits ou prestations, notamment au regard des exigences fixées par la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et celles fixées au I du présent article, ainsi que la satisfaction des patients. Ce dispositif d'évaluation peut comprendre le déclenchement par le prescripteur ou par le distributeur d'enquête auprès des patients, ou le recueil de données.

« Les résultats de l'évaluation peuvent être rendus publics de manière agrégée.

« Les modalités de mise en œuvre du présent II sont fixées par décret.

« III.- Les sommes dues en application des dispositions de l'article L. 133-4 sont recouvrées auprès du prescripteur ou du distributeur concerné lorsqu'elles résultent du non-respect des dispositions du I ou du II du présent article par ce prescripteur ou ce distributeur.

« IV. - En cas d'inobservation des dispositions du I ou du II du présent article, de l'article L. 165-1 ou de l'article L. 165-9 constaté par l'un de ses agents, le directeur de l'organisme d'assurance maladie territorialement compétent peut prononcer une pénalité financière selon la procédure prévue au II de l'article L. 165-1-2. Cette pénalité est recouvrée dans les conditions prévues au même article. »

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

« V. - Par dérogation aux I et II du présent article, lorsqu'une catégorie de produits ou prestations fait l'objet des dispositions mentionnées à l'article L. 165-1-4, les tarifs de

responsabilité des produits ou prestations n'appartenant pas aux classes faisant l'objet de conditions de prise en charge mentionnées à cet article, peuvent être fixés à un tarif forfaitaire d'autorité par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Ce tarif forfaitaire d'autorité peut être significativement plus faible que les tarifs de responsabilité des classes faisant l'objet de la prise en charge renforcée. »

E. Le premier alinéa de l'article L. 165-9 est ainsi modifié :

1° Les mots : « et de chaque prestation proposés » sont remplacés par les mots : « proposé, incluant la fourniture du produit et précisant les prestations indissociables, » ;

2° Il est complété par la phrase suivante : « Le devis comporte au moins un équipement d'optique médicale ou une aide auditive répondant à une description générique de la liste prévue à l'article L. 165-1, ou inscrite sur cette liste sous forme de marque ou nom commercial, et faisant l'objet des conditions de prise en charge renforcées mentionnées à l'article L. 165-1-4. » ;

3° Au troisième alinéa, les mots : « et les informations d'identification et de traçabilité sont transmises » sont remplacés par les mots : « est transmise » ;

4° Au quatrième alinéa, après les mots : « et de la note » sont insérés les mots : « , y compris les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité, » et après les mots : « par un arrêté » sont insérés les mots : « des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie » ;

5° Le cinquième alinéa est supprimé.

F. A la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 871-1 :

1° Les mots : « peuvent être » sont remplacés par le mot : « sont » ;

2° Les mots : « et les aides auditives » sont ajoutés.

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

1° L'article L. 2132-2-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié : « La réalisation des examens bucco-dentaires obligatoires de prévention dans l'année qui suit le troisième, le sixième, le neuvième, le douzième, le quinzième, le dix-huitième, le vingt-et-unième et le vingt-quatrième anniversaire du patient par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie fait l'objet d'une mention sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1. Ces examens sont pris en charge dans les conditions prévues aux articles L. 160-14 et L. 162-1-12 du code de la sécurité sociale » ;

b) Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « A défaut d'accord sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen et sur la prise en charge des soins consécutifs, ces dernières sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 2134-1 est abrogé.

III. 1° Les dispositions du I et du II du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

2° Les dispositions prises pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020.

Les organisations liées par une convention de branche ou des accords professionnels permettant aux salariés de bénéficier de la couverture minimale prévue par l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale engagent une négociation afin que ces contrats soient rendus conformes aux conditions prévues à l'article L. 871-1 du même code, dans sa rédaction issue de la présente loi, avant le 1^{er} janvier 2020.

Les décisions unilatérales des employeurs permettant de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale sont adaptées dans les mêmes conditions, dans le respect de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Exposé des motifs

L'accès aux lunettes, aux soins dentaires et aux aides auditives est marqué par des restes à charge importants qui sont à l'origine de renoncements aux soins.

Donner à tous les Français un accès à des soins pris en charge à 100 %, dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire constitue l'un des engagements du Président de la République pendant la campagne. Après une large concertation avec les différents acteurs de la santé et professionnels des secteurs concernés, cette réforme majeure pour le quotidien des Français va pouvoir se mettre en place progressivement au cours des trois prochaines années.

Cette concertation a permis de définir un panier « 100 % santé », comprenant des équipements et des soins de qualité répondant à l'ensemble des besoins de santé publique dans les trois domaines concernés. Cette offre sera accessible à tous les assurés et prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans reste à charge pour les patients.

Un relèvement des bases de remboursement de la sécurité sociale a été arrêté, celle des aides auditives étant par exemple doublée, de 200 à 400 euros, d'ici 2021. De même, des prix limites de vente sur le panier 100% santé ont été fixés à des niveaux compatibles avec une offre exigeante et de qualité.

L'article prévoit que les contrats de complémentaire santé responsables et solidaires couvrent obligatoirement les frais en sus des tarifs de responsabilité pris en charge par la sécurité sociale pour les soins dentaires prothétiques, les aides auditives et les dispositifs d'optique médicale du panier « 100 % santé ».

Pour assurer la disponibilité de ce panier de soins et la bonne information des assurés sur son existence, les opticiens et les audioprothésistes seront tenus de proposer ces offres et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement sans frais. La présente mesure permet également de se doter d'outils permettant de contrôler les exigences de qualité requises.

Enfin, cette réforme ne se limite pas à lever les obstacles financiers à l'accès à la santé. Elle vise plus globalement à améliorer l'accès aux soins dans chacun de ces secteurs, en favorisant des organisations professionnelles et de travail plus efficaces et en développant les actions de prévention, avec la mise en place notamment d'un examen bucco-dentaire dès 3 ans. Elle introduit également le principe d'un dispositif de suivi de la qualité des prises en

charge, à l'aide notamment d'enquêtes, qui permettra de s'assurer que la réforme « 100 % santé » apporte un réel changement pour tous les patients concernés.

Article 34

[Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé]

I. – Le titre 6 du livre 8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. - L'article L. 861-1 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 ont droit à une protection complémentaire en matière de santé :

« - sans contrepartie contributive lorsque leurs ressources, ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer, sont inférieures à un plafond déterminé par décret ;

« - sous réserve d'acquitter une participation financière, lorsque leurs ressources sont comprises entre le plafond mentionné à l'alinéa précédent et ce même plafond majoré de 35 %.

« Le plafond mentionné aux deux précédents alinéas varie selon la composition du foyer. Il est revalorisé au 1er avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. Le montant du plafond en résultant est arrondi à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. Le montant ainsi revalorisé est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

2° Le deuxième alinéa est complété par les mots : « du foyer des personnes mentionnées ci-dessus. » ;

3° A la première phrase du troisième alinéa, les mots : « de l'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de leurs frais de santé » ;

4° Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Un décret en conseil d'Etat fixe les conditions de bénéfice à titre personnel de la protection complémentaire des personnes dont les conditions de rattachement au foyer ont pris fin entre la dernière déclaration fiscale et la demande mentionnée à l'article L. 861-5. ».

B. - Au deuxième alinéa de l'article L. 861-2, le mot : « premier » est remplacé par le mot : « deuxième ».

C. – L'article L. 861-3 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : «, sans contrepartie contributive, » sont supprimés, les mots : « sous réserve » sont remplacés par les mots : « après application le cas échéant » et les mots : « dont elles bénéficient » sont ajoutés ;

2° Au 3°, le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

3° Le huitième alinéa est supprimé.

D. – Au deuxième alinéa de l'article L. 861-4, les mots : « gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'Etat » sont remplacés par les mots : « assurant la prise en charge de leurs frais de santé » et les mots : «, y compris lorsque la demande de protection complémentaire en santé a été instruite par un autre organisme » sont ajoutés ;

E. – L'article L. 861-5 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est modifié comme suit :

a) Les mots : « d'attribution de la protection » sont remplacés par les mots : « de protection » ;

b) Les mots : « du régime d'affiliation du demandeur » sont remplacés par les mots : « assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur. Elle est valable au titre de l'ensemble des personnes du foyer, y compris si elles ne relèvent pas de cet organisme pour la prise en charge de leurs frais de santé et le cas échéant pour le bénéfice futur des prestations mentionnées à l'article L. 861-3. » ;

c) La dernière phrase est supprimée.

2° Au deuxième alinéa, les mots : « du service du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu » sont remplacés par les mots : « des minima sociaux et des prestations familiales » ;

3° Au troisième alinéa, les mots : « prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse » sont remplacés par les mots : « notifiée par le directeur de l'organisme assurant au demandeur la prise en charge de ses frais de santé » et après les mots : « recours contentieux » sont insérés les mots : « conformément aux dispositions des articles L. 142-3, L. 142-4 et au 3° du L. 142-8. » ;

4° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme, sous réserve que l'assuré ait transmis les éléments nécessaires au paiement de la participation. Dans le cas contraire, cette prise en charge prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de ces éléments. » ;

5° Au quatrième alinéa, les mots : « le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé » sont remplacés par les mots : « ce bénéfice » ;

6° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement. ».

F. - L'article L. 861-6 est abrogé.

G. - L'article L. 861-7 est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « L'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « Le directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 » ;

2° Au dernier alinéa, les mots : « aux articles L. 861-3 et L. 861-8, l'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 861-3, L. 861-8 et au c de l'article L.862-7, le directeur du fonds susmentionné ».

H. L'article L. 861-8 est ainsi modifié :

1° Les mots : « sous réserve de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, au premier jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5 » sont remplacés par les mots : « à la date prévue au quatrième alinéa de l'article L. 861-5, sous réserve des dispositions du cinquième alinéa de ce même article » ;

2° Les mots : « et, le cas échéant, les éléments nécessaires au paiement de la participation » sont ajoutés.

I. Le IV de l'article L. 861-10 est ainsi modifié :

1° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Ils peuvent également obtenir le remboursement de la participation financière prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-1 non acquittée par l'assuré. » ;

2° Les mots : « de l'autorité administrative compétente » sont remplacés par les mots : « du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé » ;

3° La deuxième phrase est supprimée.

J. – Après l'article L. 861-10, il est inséré un article L. 861-11 ainsi rédigé :

« Art. L. 861-11. - Le montant de la participation mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-1 est due pour chaque personne redevable bénéficiaire de la protection complémentaire mentionnée à l'article L. 861-3. Son montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et varie selon l'âge du bénéficiaire. Son montant annuel par bénéficiaire ne peut excéder 5% du montant du plafond mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 861-1 pour une personne seule. Les modalités de notification et de recouvrement de la participation sont fixées par décret en conseil d'Etat.

« En cas de non paiement par l'assuré de la participation financière pendant une durée déterminée qui ne peut être inférieure à l'équivalent de deux échéances mensuelles, le directeur de l'organisme concerné notifie au bénéficiaire la suspension du bénéfice de son droit à la protection complémentaire en santé et l'application d'une pénalité financière s'il n'acquitte le montant dû dans un délai de quinze jours. La notification mentionne la possibilité qui lui est donnée de présenter ses observations écrites ou orales dans ce délai. A l'expiration du délai, le directeur de l'organisme prononce la suspension du bénéfice du droit mentionné, assortie d'une pénalité dont le montant est égal à quatre fois le montant de la participation mensuelle considérée et le notifie à l'intéressé. La notification comporte la date à partir de laquelle le bénéfice du droit à la protection complémentaire est suspendu.

« L'acquittement de l'intégralité de la pénalité financière permet :

« - la fin de la suspension du bénéfice du droit à la protection complémentaire à partir du premier jour du mois qui suit la date d'acquittement de la pénalité ;

« - l'abandon du recouvrement de toute autre somme correspondant, le cas échéant, aux frais de santé indument pris en charge au titre de la protection complémentaire pendant la période de suspension du droit et au montant de la participation non acquittée.

« Par dérogation à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, en cas de non paiement de la pénalité dans un délai déterminé par décret en Conseil d'Etat, la décision attribuant la protection complémentaire est rapportée dans les mêmes conditions que celles mentionnées au I de l'article L. 861-10. Cette décision fait l'objet d'une notification à l'intéressé dans un délai de quinze jours.

« La durée mentionnée au deuxième alinéa et les conditions de notification et de recouvrement de la pénalité sont précisées par décret en Conseil d'Etat. ».

K.- L'article L. 862-1 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « et d'assurer la gestion des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1 » sont supprimés ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle complémentaire du risque maladie » sont remplacés par les mots : « Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire » ;

3° Au troisième alinéa, les mots : « prévu à » sont remplacés par les mots : « prévu au troisième alinéa de ».

L. - L'article L. 862-2 est ainsi modifié :

1° A la fin du premier alinéa du a), il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-1, ces dépenses sont affectées d'un coefficient de majoration au titre des frais de gestion fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, et minorées du montant des participations collectées par l'organisme. » ;

2° Le deuxième alinéa du a) est supprimé ;

3° Le cinquième alinéa est supprimé ;

4° Au sixième alinéa les mots : « des a) et b) » sont remplacés par les mots : « du a) » ;

5° Au dernier alinéa, la référence : « c) » est remplacée par la référence : « b) » ;

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

1° Le deuxième alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée : « La participation financière de l'assuré visée au premier alinéa de l'article L.861-1 n'est pas assujettie à la taxe. » ;

2° Au III, les mots : « aux a et b de l'article L. 862-2 » sont remplacés par les mots : « au a de l'article L. 862-2 et des sommes versées au titre de l'article L. 862-4-1 ».

N. – A l'article L. 862-6, les mots : « au fonds » sont remplacés par les mots : « à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ».

O.- L'article L. 862-7 est ainsi modifié :

1° Au a, les mots : « aux a et b » sont remplacés par les mots : « au a » ;

2° Le c est ainsi modifié :

a) Après les mots : « relatives aux cotisations émises » sont insérés les mots : « , aux cotisations assujetties à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 au titre des contrats conclus en application de l'article L. 911-1, au nombre de personnes assurées » ;

b) Les mots : « les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 » sont remplacés par les mots : « les informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces bénéficiaires en application du troisième alinéa de l'article L.861-1, ainsi que » ;

3° Au d, les mots : « le nombre de personnes prises en charge et » sont remplacés par les mots : « les informations relatives aux personnes prises en charge, notamment leur nombre et leur âge, » et les mots : « , ainsi que le montant des participations susmentionnées » sont ajoutés ;

4° La deuxième phrase du e est ainsi modifiée :

a) Les mots : « le Gouvernement » sont remplacés par les mots : « le fonds mentionné à l'article L. 862-1 » ;

b) Après les mots : « faisant apparaître notamment » sont insérés les mots : « le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 861-1, ainsi que » ;

c) Les mots : « primes ou » sont supprimés ;

d) Les mots : « à ce même I » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l'article L. 862-4 » ;

e) Les mots : « de soins » sont supprimés ;

f) Les mots : « , du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité » sont supprimés.

5° Au dernier alinéa, le mot « septembre » est remplacé par le mot « novembre ».

P. – Les chapitres III et IV du titre 6 du livre 8 du code de la sécurité sociale sont supprimés, les dispositions des articles L. 863-1 à L. 863-7-1 et les articles L. 864-1 et L. 864-2 qu'ils contiennent sont abrogés.

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

A. - Au 1° de l'article L. 114-17-1, les mots : « , de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 » sont supprimés.

B. – A l'article L. 142-3 les mots : « des articles L. 861-5 et L. 863-3 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 861-5. ».

C.- Au troisième alinéa de l'article L. 160-1, les mots : « couverture complémentaire » sont remplacés par les mots : « protection complémentaire en matière de santé ».

D.- Le sixième et le septième alinéa de l'article L. 160-3 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Pour les personnes mentionnées aux 1° à 3°, qui relèvent d'un règlement européen ou d'une convention internationale de sécurité sociale, les dispositions du premier alinéa s'appliquent dès lors que ce règlement ou cette convention attribue à la France la charge d'assurer exclusivement leur couverture en cas de maladie. Lorsqu'elles ne relèvent d'aucun de ces règlements ou conventions, les dispositions du premier alinéa s'appliquent sous réserve que la prestation visée au 1° et au 3° rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à quinze années.

« Les enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle et à la charge des personnes mentionnées à l'alinéa précédent bénéficient également de la prise en charge de leurs frais de santé lors de leurs séjours temporaires en France. ».

E. - A la première phrase de l'article L. 160-15, les mots : « mineurs, pour » sont remplacés par les mots : « mineurs et pour » et les mots : « ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au second alinéa de l'article L. 863-3 » sont supprimés.

F. – A la première phrase de l'article L. 162-1-21, les mots : « , L. 861-3 et L. 863-7-1 » sont remplacés par les mots : « et L. 861-3 ».

G. – Le dernier alinéa de l'article L. 162-9 est ainsi modifié :

1° Les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 861-1 » ;

2° Les mots : « ou de cette aide » sont supprimés ;

3° Le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ».

H. - Au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7, les mots : « couverture maladie universelle complémentaire » sont remplacés par les mots : « protection complémentaire en matière de santé » et les mots : « et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 » sont supprimés.

I. – A l'article L. 162-40, les mots : « et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-2, » sont supprimés.

J. – Au deuxième alinéa de l'article L. 165-6 : les mots : « et des bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnés aux articles L. 861-3 et L. 863-2 » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 861-1 » et les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont supprimés. ;

K. – A l'article L. 211-1, après les mots : « maladies professionnelles », sont insérés les mots : « et l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé ».

L. A l'article L. 752-4, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 7°) D'attribuer la protection complémentaire en matière de santé aux assurés dont elles gèrent les risques maladie, maternité, décès et invalidité. ».

M. - A l'article L. 871-1, les mots : « de l'article L. 863-1, » sont supprimés.

N.- A l'article L. 911-7-1, les mots : « , d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l'article L. 863-1 » sont supprimés.

III. – Au premier alinéa de l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime, après la deuxième phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Elles assurent pour ces personnes l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé ».

IV.- Le titre 5 du livre 2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

A. - A l'article L. 251-1, les mots : « à l'article L. 861-1 » sont remplacés par les mots : « au deuxième alinéa de l'article L. 861-1 ».

B. – L'article L. 252-3 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « est prononcée » sont insérés les mots : « , pour le compte de l'Etat », les mots : « représentant de l'Etat dans le département, qui peut déléguer ce pouvoir au » sont supprimés et les mots : « de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « des organismes d'assurance maladie prévus aux articles L. 211-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale ».

2° Au dernier alinéa, après les mots : « Les organismes » sont insérés les mots : « d'assurance maladie ».

V.- Le code de la santé publique est ainsi modifié :

A. – Au deuxième alinéa de l'article L. 1110-3, les mots : « ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 » sont remplacés par les mots : « en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 ».

B. - A l'article L. 1511-1, les mots : « ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863 1 » sont remplacés par les mots : « en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 ».

C. - A la dernière phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6122-15, les mots : « ou de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du même code » sont supprimés.

VI. A l'article L. 1113-1 du code des transports, après les mots : « fixé en application » sont insérés les mots : « du deuxième alinéa ».

VII. - A l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre » ;

VIII. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur ainsi qu'il suit :

A. - Les dispositions prévues au 3° du A, au 3° du E, et au 2° du I du I, au D du II, ainsi qu'au B du IV s'appliquent à compter du 1er janvier 2019.

B. – Les dispositions prévues au 6° du E du I relatives aux bénéficiaires du revenu de solidarité active s'appliquent à compter du 1er avril 2019.

C. - Les autres dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1er novembre 2019.

D. - Les articles L. 861-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du présent article, s'appliquent aux décisions d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prises à compter du 1er novembre 2019 ;

1° Les contrats complémentaires de santé ouvrant droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du même code en cours à la date du 1er novembre 2019 restent éligibles au bénéfice de ce crédit d'impôt jusqu'à l'expiration du droit du bénéficiaire ;

2° A la demande de l'assuré bénéficiant du droit à la déduction prévue à l'article L. 863-2 du même code ayant un contrat figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 863 6 en cours au 1er novembre 2019, l'organisme complémentaire mentionné au b) de l'article L. 861-4 ou le cas échéant l'organisme de sécurité sociale calcule la durée du droit au crédit d'impôt restant à courir et le montant de la participation mentionné à l'article L. 861-1 dû pour la période correspondante. Il lui transmet une attestation de reliquat de droits comportant ces informations. Sur la base de cette information, l'assuré peut demander la résiliation de son contrat, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant l'envoi à l'organisme assureur en charge du contrat ouvrant droit au bénéfice du crédit d'impôt de cette attestation. Le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé lui est alors ouvert pour la durée du droit restant à courir. Le troisième alinéa de l'article L. 113-15-1 du code des assurances et le dernier alinéa des articles L. 221-10-1 du code de la mutualité et L. 932-21-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux résiliations effectuées en application du présent article.

Exposé des motifs

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont des dispositifs essentiels en matière d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. Malgré diverses réformes ayant permis une amélioration globale de l'accès aux soins de leurs bénéficiaires, le taux de non recours à l'ACS (65 %) et dans une moindre mesure à la CMU-c (entre 24 % et 36%) reste élevé.

Dans le cadre des mesures engagées par le Gouvernement en faveur de la facilitation de l'accès aux droits, l'amélioration du taux de recours à la CMU-c et à l'ACS constitue donc un objectif prioritaire, rappelé par la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes et souligné dans le récent rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité remis au Parlement. C'est pourquoi une mesure ambitieuse de refonte de l'ACS et de modernisation de la CMU-c est proposée.

La CMU-c sera étendue aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS à compter du 1er novembre 2019, moyennant une participation financière. La CMU-c demeurera ainsi gratuite jusqu'aux plafonds de ressources actuels de la CMU-c et sera soumise à participation financière, variable en fonction de l'âge du bénéficiaire, pour les personnes disposant de revenus compris entre les plafonds actuels de la CMU-c et de l'ACS.

Cet élargissement du public éligible à la CMU-c permettra d'assurer à ses nouveaux bénéficiaires la prise en charge complémentaire de la totalité des frais de soins sur un très large panier pour un niveau de prime maîtrisé, limitant ainsi les renoncements aux soins pour raison financière. En cohérence avec la réforme « 100% santé optique, aide auditive, dentaire », elle garantira par exemple l'absence de reste à charge sur ces trois postes de soins.

Cette réforme sera particulièrement favorable aux personnes âgées qui doivent parfois assumer des niveaux de cotisations de complémentaire santé très élevés : elle assurera, pour ceux pour lesquels une participation financière sera requise, l'accès à une couverture complémentaire santé à moins de 1 euro par jour.

La mesure s'inscrira aussi dans un objectif de simplification en gagnant en lisibilité, avec un dispositif unifié visant à favoriser l'accès aux soins des personnes les plus modestes, mais aussi en allégeant les démarches à entreprendre. Les personnes éligibles à l'ACS n'auront plus, lorsqu'ils font leur demande, à faire un choix entre trois niveaux de couverture potentielle. La personne pourra choisir librement le gestionnaire de sa couverture, notamment parmi les organismes d'assurance complémentaire qui se verront remboursés à l'euro l'euro du montant des dépenses constatées au titre de la couverture complémentaire.

En outre, les conditions d'accès seront facilitées pour les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) grâce à l'instauration d'un renouvellement automatique de la CMU-c pour ces publics qui n'auront plus à effectuer chaque année une demande en ce sens. De surcroît, un téléservice de demande de la CMU-c sera mis en place en 2019 pour tous les assurés des régimes obligatoires.

Enfin, le présent article propose de redéfinir le cadre de prise en charge des frais de santé des pensionnés résidant à l'étranger, d'une part, en tenant compte de situations différentes selon que les règles internationales ou européennes s'appliquent ou non et, d'autre part, en étendant cette prise en charge à leurs ayants droit mineurs. Ainsi par souci d'équilibre et tel que le préconise le récent rapport sur la mobilité des Français, lorsque la prise en charge des frais de santé des soins reçus en France par ces personnes n'est pas déjà régie par des accords internationaux ou des règlements européens, l'assurance maladie française prendra en charge ces frais à condition que la pension française de l'assuré rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à quinze années d'assurance.

Article 35

[Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte]

I. – L'article 20-11 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte est ainsi rédigé :

« *Art. 20-11* - Les assurés dont les ressources n'excèdent pas 50% du montant du plafond fixé à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale applicable dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du même code bénéficient d'une prise en charge intégrale de la participation mentionnée à l'article 20-2 de la présente ordonnance par leur régime d'assurance maladie. »

II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} mai 2019.

Exposé des motifs

Conformément au plan annoncé par le Gouvernement au printemps 2018 en faveur du département de Mayotte, le présent article vise à mettre en place à compter de 2019 une prise en charge intégrale par l'assurance maladie du ticket modérateur pour les assurés sociaux sous conditions de ressources à Mayotte.

Cette mesure, en garantissant à ces populations la gratuité des soins, permettra de leur faciliter l'accès aux soins de ville et dans les pharmacies. Elle concourra aussi, par la

solvabilisation d'une partie de la patientèle des professionnels de santé libéraux, au développement d'une offre de soins de ville, au même titre que les dispositions qui seront mises en œuvre pour renforcer l'attractivité des métiers de la santé dans le territoire.

Article 36

[Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie]

I. - Au titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale, il est ajouté un chapitre IX *bis* ainsi rédigé :

« Chapitre IX *bis*

« Dispositions applicables à la prise en charge des risques et conséquences d'une situation sanitaire exceptionnelle

« *Art. L. 169-14* - En cas de risque grave et anormal d'épidémie ou de dégradation importante de l'état de santé de certains assurés pouvant tenir à un risque de mortalité ou de dommages sévères et irréversibles, susceptible de porter atteinte à la santé publique, des règles de prise en charge renforcée dérogatoires aux règles de prise en charge de droit commun listées ci-dessous peuvent être prévues par décret pour une durée limitée qui ne peut excéder une année.

Les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa peuvent porter, selon la situation sanitaire exceptionnelle concernée, sur :

« 1° La participation de l'assuré, la participation forfaitaire et la franchise mentionnées respectivement au premier alinéa du I l'article L. 160-13, au premier alinéa du II du même article et au premier alinéa du III du même article ;

« 2° La prise en charge par l'assurance maladie des dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;

« 3° Les dépassements de tarifs pour les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et pour les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;

« 4° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 ;

« 5° Les conditions dans lesquelles sont limitées à certaines situations la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de certaines prestations ou produits de santé ;

« 6° Les conditions mentionnées aux articles L. 313-1 et L. 622-3, en tant qu'elles concernent les indemnités journalières mentionnées aux articles L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8, L. 622-1, L. 622-2, L. 623-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que le capital prévu aux articles L. 361-1 et L. 632-1 du code de la sécurité sociale ;

« 7° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale, au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime ;

« 8° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du code de la sécurité sociale et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la

pêche maritime pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du code de la sécurité sociale, au premier alinéa de l'article L. 751-26 et au premier alinéa de l'article L. 752-24 du code rural et de la pêche maritime pour les accidents de travail.

« Ces dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec le risque concerné et pour les assurés exposés à ce risque.

« Le décret mentionné au premier alinéa détermine, pour chaque situation, les prestations et les assurés concernés, ainsi que la nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et des prises en charge concernées. Ce décret fixe le cas échéant des modalités d'organisation et de coordination des organismes intervenants, spécifiques à la procédure de prise en charge.

« Ces dérogations peuvent être prévues pour les assurés relevant des régimes mentionnés aux articles L. 711-1 et L. 712-1, ou du régime spécial de sécurité sociale des clercs et employés de notaires, pour les prestations prévues au présent article. Le cas échéant, ces dérogations tiennent compte des dispositions spécifiques à chaque régime relatives à la participation des assurés ou aux prestations en espèce.

« Le financement de ces dispositifs entre dans le champ des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. »

II. - L'alinéa suivant est inséré après le septième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales :

« - L. 169-14 »

III. - L'article 20-1 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 modifié :

1° Le signe « I.- » est inséré au début de l'article ;

2° Il est créé un II ainsi rédigé :

« II. - Le chapitre IX bis du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte ».

Exposé des motifs

Malgré un haut niveau général de couverture du risque maladie dans notre pays, des dispositifs de prise en charge particuliers doivent ponctuellement être mis en place afin de lever tout frein financier éventuel à l'accès aux soins ou à la prévention via la suppression ou la diminution du reste à charge des assurés dans certaines situations exceptionnelles générant un risque grave et anormal pour l'état de santé des assurés exposés au risque voire pour l'ensemble de la population en cas de risque épidémique. Ces situations appellent en effet une prise en charge diversifiée et adaptée aux besoins des victimes. Ces dispositifs particuliers visent à permettre à tous les assurés concernés d'avoir recours, sans frein et le plus rapidement possible, aux soins ou aux actes de prévention nécessaires à limiter l'impact du risque sur leur santé mais également à protéger le reste de la population d'une propagation de ce risque dans le cadre des épidémies par exemple. Compte tenu des différents risques survenus ces dernières années ayant conduit pour des raisons de santé

publique à la prise en urgence de mesures exceptionnelles dérogatoires de prise en charge (épidémie de Zika, de chikunguya, contamination par le coronavirus) la mise en place d'un dispositif législatif et réglementaire sécurisé et transparent permettant de répondre de manière adaptée à des situations graves, imprévues et urgentes apparaît désormais nécessaire.

CHAPITRE 2 : RENFORCER LA PREVENTION

Article 37

[Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de dix-huit ans]

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

A. L'article L. 2132-2 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « six » est remplacé par le mot : « dix-huit » ;

2° Au dernier alinéa, le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale ».

B. Au 2° de l'article L. 2421-1, après la référence : « L. 2132-3, » sont insérés les mots : « l'article L. 2132-2 dans sa rédaction résultant de la loi n° du décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, ».

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

A. Au 1° de l'article L. 160-9, les mots : « et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « et de l'article L. 2122-3 du code de la santé publique, ainsi que les frais d'examens de l'enfant réalisés jusqu'à la fin de la période mentionnée au première alinéa du présent article en application de l'article L. 2132-2 du code de la santé publique ».

B. Après le 24° de l'article L. 160-14, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « 25° Pour les frais liés aux examens prévus par l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9. ».

C. Après l'article L. 162-1-21, il est inséré un article L. 162-1-22 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-22* - Les assurés sont dispensés d'avance de frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les frais relatifs aux examens prévus au 25° de l'article L. 160-14.»

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

Dans le cadre de la refonte du carnet de santé de l'enfant intervenue en 2018, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a émis des recommandations dans un avis rendu le 25 mai 2016. Parmi celles-ci, figure une nouvelle grille des âges-clés de consultation pour les nourrissons et les enfants, restant au nombre de vingt, mais redéployés jusqu'à l'âge de 18 ans au lieu de 6 ans actuellement.

Le HCSP propose ainsi de renforcer le suivi de la santé, d'une part, au cours de la première année, en prévoyant un examen lors de la deuxième semaine et un examen à 11 mois, notamment pour prendre en compte les sorties précoces de maternité et l'extension de l'obligation vaccinale ; d'autre part, après l'âge de 6 ans, en prévoyant que trois des vingt consultations actuellement réalisées avant l'âge de 6 ans le soient après cet âge. Le calendrier retenu prévoit ainsi une consultation entre 8 et 9 ans, une autre entre 11 et 13 ans et une dernière entre 15 et 16 ans. Ces trois dernières consultations seront réalisées par le médecin de l'enfant (à noter que dans le milieu scolaire, ces consultations peuvent être réalisées par les médecins de l'éducation nationale, les infirmiers de l'éducation nationale réalisant des visites de dépistage en outre lors de la douzième année).

Cet avis s'appuie sur les auditions de la Société française de pédiatrie, du Collège de médecine générale, de l'Association française de pédiatrie ambulatoire et des professionnels des services de Protection maternelle et infantile, ainsi que de l'Union nationale des associations familiales.

Cette nouvelle grille tient compte de la possibilité pour certains examens d'être réalisés dans le cadre scolaire.

Le présent article modifie en conséquence les dispositions du code de la santé publique afin de relever de 6 à 18 ans l'âge en-dessous duquel les enfants bénéficient de ces examens de prévention et d'assurer la couverture de ces dépenses par l'assurance maladie, hormis le ou les examens réalisés durant les 12 premiers jours de l'enfant, les frais de santé pris en charge jusqu'à cette date relevant de l'assurance maternité. Afin de maintenir la prise en charge à 100% des frais liés à ces examens, qu'ils relèvent d'un financement par l'assurance maternité (pour laquelle le remboursement est aujourd'hui intégral) ou par l'assurance maladie, l'article ajoute ces examens à la liste des soins pouvant donner lieu à une exonération de ticket modérateur. Il prévoit enfin le bénéfice de la dispense d'avance de frais pour ces examens.

Article 38

[Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives]

I. – Au premier alinéa de l'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale, les mots : « à un fonds, créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie et destiné au financement de la prévention et de la lutte contre le tabagisme » sont remplacés par les mots : « au fonds mentionné à l'article L. 221-1-4 ».

II. – Le chapitre I^{er} du titre II du livre deuxième du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 221-1-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-1-4* I. – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives.

« II. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements octroyés par le fonds ainsi que les montants et la destination des sommes qui leur sont versées en application du présent article.

« III. – Un rapport annuel des mesures financées par le fonds, pour les actions nationales et territoriales, est rendu public.

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

Exposé des motifs

La consommation de substances psychoactives, souvent multiple pour un même individu, est responsable en France de plus de 120 000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 60 000 par cancers. Les consommations de tabac et d'alcool interviennent ainsi dans environ 30 % des cas de mortalité prématurée, c'est-à-dire des décès survenus avant l'âge de 65 ans.

Il est nécessaire de lutter de façon cohérente contre ces usages en déployant une stratégie qui intègre aussi bien les différents produits concernés (en particulier tabac, alcool, cannabis) que les diverses modalités d'intervention : information ; communication ; intervention précoce ; réduction des risques et des dommages ; renforcement des compétences psychosociales.

Les facteurs de risque étant généralement multiplicatifs, il est nécessaire de favoriser une stratégie globale en matière de politique de santé visant l'ensemble des usages nocifs et des comportements addictifs liés à ces substances.

La présente mesure vise donc à élargir le périmètre du fonds actuel de lutte contre le tabac aux addictions liées aux substances psychoactives. Elle témoigne de la volonté du gouvernement de renforcer la politique de prévention. Ce fonds sera doté de ressources supplémentaires correspondant au produit des amendes forfaitaires sanctionnant la consommation de cannabis. Il contribuera notamment au renforcement des consultations jeunes consommateurs annoncé dans le plan Priorité prévention, présenté le 26 mars 2018 en comité interministériel pour la santé.

Article 39

[Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens]

I. – Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, après les mots : « pour l'exercice des actes de biologie médicale, » sont insérés les mots : « ni aux pharmaciens qui effectuent des vaccinations, ».

II. – L'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le 8°, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Peuvent effectuer certaines vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute autorité de santé. » ;

2° Au dernier alinéa, les mots : « et 8° » sont remplacés par les mots : « , 8° et 9° ».

III. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 11°, il est ajouté un 12° ainsi rédigé : « 12° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien réalise certaines vaccinations, dont la liste et dans des conditions fixées par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. » ;

2° Au vingtième alinéa, après les mots : « aux 6° à 8° » sont insérés les mots : « , et au 12° » ;

3° Par dérogation au 2°, pour l'année 2019, la première tarification des honoraires mentionnés au 1° entre en vigueur à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.

IV. – Les actions de développement professionnel continu suivies par les pharmaciens d'officine pour acquérir la compétence mentionnée au 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique dans sa rédaction résultant du présent article sont prises en compte dans les orientations nationales mentionnées au 2° de l'article L. 4021-2 du même code à compter du 1^{er} janvier 2019.

V. – L'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est abrogé le 1^{er} mars 2019.

Exposé des motifs

L'expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens, mise en place par l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, a été conduite dans deux régions (Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine) pour la campagne 2017-2018. Le bilan de la campagne pour la saison 2017-2018 montre que près de 160 000 personnes ont été vaccinées dans les deux régions, majoritairement des personnes âgées de 65 ans et plus. Le nombre de pharmacies participantes dans les deux régions est de 2 696 (57% des pharmacies inscrites dans les deux régions).

Le présent article prévoit une généralisation de ce dispositif, en cohérence avec le Plan Priorité Prévention et les annonces du Premier ministre lors du Comité interministériel de la santé du 26 mars dernier.

Cette généralisation sera effective pour la campagne de vaccination antigrippale organisée d'octobre 2019 à janvier 2020.

Avant cette date, l'expérimentation sera étendue à deux nouvelles régions pour la prochaine campagne de vaccination d'octobre 2018 à janvier 2019.

CHAPITRE 3 : AMELIORER LES PRISES EN CHARGE

Article 40

[Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement]

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

1° Au sein du titre III du livre premier de la deuxième partie, il est ajouté un chapitre V ainsi rédigé :

« Chapitre V

« Parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement

« *Art. L. 2135-1.* – Pour l'accompagnement des enfants présentant un trouble du neuro-développement et la réalisation d'un diagnostic, un parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l'assurance maladie.

« Le parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements ou services mentionnés au 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou les établissements mentionnés à l'article L. 3221-1 du présent code.

« Les bilans et interventions précoces sont réalisés par des professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et des psychologues, avec lesquels la structure désignée conclut un contrat, conforme au contrat type défini par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du handicap.

« La prise en charge du parcours est soumise à prescription médicale.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article ».

2° L'article L. 2112-8 est complété par les dispositions suivantes :

« Par exception, les régimes d'assurance maladie financent l'intégralité des dépenses relatives au parcours mentionné à l'article L. 174-17 du code de la sécurité sociale. ».

II. Au sein du chapitre 4 du titre 7 du livre 1 du code de la sécurité sociale, il est rétabli une section 10 ainsi rédigée :

« Section X

« Dépenses relatives aux parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement

« *Art. L. 174-17.* – Les structures désignées en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique perçoivent une dotation pour financer le parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement, versée par la caisse mentionnée au premier alinéa de l'article L. 174-8 ou au premier alinéa de l'article L. 174-2.

III. Les dispositions du présent article sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte

Exposé des motifs

Dans le cadre de la stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022, le gouvernement a fixé comme objectif la mise en place d'un parcours de bilans et soins précoces des jeunes enfants, en amont du diagnostic, afin de prendre en charge de façon précoce les enfants atteints de troubles du neuro-développement et ainsi répondre aux problèmes d'errance diagnostique et de sur-handicap.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles insistent fortement sur l'importance de mettre en œuvre des interventions précoces, dès suspicion d'un trouble du neuro-développement. L'organisation actuelle du parcours, du repérage au diagnostic, ne permet pas ces interventions à moins d'avoir une assise financière personnelle suffisante pour recourir à des professions libérales non conventionnées.

Il s'agit de garantir par cette disposition l'accès aux bilans et interventions précoces, effectués par les psychologues, ergothérapeutes et psychomotriciens qui doivent être réalisés dans le cadre d'un parcours coordonné conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles sans attendre une confirmation de diagnostic.

La nécessité d'intervenir le plus précocement possible implique que les interventions soient déployées dès les premiers constats des difficultés neuro-développementales. Il serait préjudiciable d'attendre l'établissement d'un diagnostic formel de trouble du spectre autistique (TSA) ou d'un autre trouble, fonctionnel et éventuellement étiologique, pour organiser un plan d'intervention précoce. Dans ce contexte, l'organisation d'un parcours de

soins précoces efficace pour les TSA concerne l'ensemble des enfants ayant un trouble du neuro-développement.

Cette mesure s'inscrit dans une action plus large visant à généraliser, organiser le repérage et structurer un parcours fluide et sécurisé.

Elle vise à définir le contenu de la prestation prise en charge par l'assurance maladie, les modalités de sa mise en œuvre et les conditions de son financement.

Article 41

[Accélérer la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)]

Le VII de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, l'année : « 2023 » est remplacée par l'année : « 2021 » ;

2° Au quatrième alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « tiers », le mot : « quart » est remplacé par le mot : « demi », les mots : « un tiers » sont remplacés par les mots : « et un » et les mots : « un demi en 2022 et un en 2023 » sont supprimés.

Exposé des motifs

Dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit une période transitoire de convergence vers le forfait « soins » cible d'une durée de sept ans (2017-2023).

L'objet de la mesure est de réduire le délai de convergence tarifaire de sept à cinq ans afin de permettre aux EHPAD présentant un niveau de financement inférieur à celui du tarif soins cible de bénéficier plus rapidement de moyens complémentaires pour renforcer les équipes soignantes auprès des résidents afin d'améliorer la qualité des soins et des accompagnements.

Cette disposition s'inscrit dans la mise en œuvre de la feuille de route « Grand âge et autonomie » présentée le 30 mai 2018 par la ministre des solidarités et de la santé.

CHAPITRE 4 : AMELIORER LES CONDITIONS DE L'ACCES AUX PRODUITS DE SANTE

Article 42

[Renforcer l'accès précoce à certains produits de santé innovants, tout en assurant la pérennité du système de prise en charge]

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

A. - Au 1° de l'article L. 133-4, après les mots : « des articles » sont insérés les mots : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, » et les mots : « et L. 162-23-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-23-1 et L. 165-1-4 ».

B. - L'article L. 162-4 est ainsi modifié :

1° Au 1°, après les mots : « indications thérapeutiques » sont insérés les mots : « ou des conditions » ;

2° Le 2° est complété par les mots : « , ou des conditions figurant sur cette même liste ».

C. - Au quatrième alinéa de l'article L. 162-16-5, le mot : « Tant » est remplacé par les mots : « Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, tant » ;

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

1° Le I est ainsi modifié :

a) Après les mots : « du code de la santé publique » sont insérés les mots : « prises en charge selon les modalités fixées par l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, » ;

b) Après les mots : « qu'il réclame » sont insérés les mots : « , le cas échéant, » ;

c) Après les mots : « pour le produit » sont insérés les mots : « dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 du présent code ou L. 5123-2 du code de la santé publique pour au moins l'une de ses indications » ;

2° Au II, après les mots : « autorisation temporaire d'autorisation » sont insérés les mots : « selon les modalités fixées par l'article L. 162-16-5-1-1 » ;

3° Le IV est complété par les dispositions suivantes :

« Le III du présent article et le présent IV sont applicables aux indications ne faisant pas l'objet de la fixation d'une compensation mentionnée au II de l'article L. 165-16-5-1-1 et aux I et II de l'article L. 162-16-5-2. » ;

4° Après le IV, les dispositions suivantes sont insérées :

« V. - Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au II de l'article L. 165-16-5-1-1 et aux I et II de l'article L. 162-16-5-2, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaire facturé par l'entreprise au titre de cette indication, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre la période et pour l'indication considérées, et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaire facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée. » ;

5° Le V devient le VI et le nouveau VI est ainsi modifié :

a) Après chaque occurrence des mots : « du II » sont insérés les mots : « ou du V » ;

b) Après les mots : « prises en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation » sont insérés les mots : « dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 » ;

c) Après les mots : « au II » sont insérés les mots : « ou au V » ;

6° Le VI qui devient le VII est ainsi modifié :

a) Après les mots : « prise en charge » sont insérés les mots : « accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 » ;

b) Après les mots : « santé publique », sont insérés les mots : « , octroyée sous les conditions du 1° du I de ce même article ou sous les conditions du 2° du I, ».

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

« *Art L. 162-16-5-1-1. - I. – Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie selon des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 ou dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur.*

« Les autorisations temporaires d'utilisation délivrées au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge qu'avant la délivrance d'une première autorisation de mise sur le marché pour le médicament considéré, ainsi que dans le cadre de la continuité de traitement mentionné à l'article L. 162-16-5-2.

« En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article ou de l'article L. 162-16-5-2, un arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« II. – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications, et qu'une prise en charge de cette spécialité dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est autorisée en application du présent I par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, ces ministres fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée en application du I.

« III. – Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, sont définies par décret en Conseil d'Etat. » ;

F. - L'article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Les mots : « , préalablement à l'obtention de sa première autorisation de mise sur le marché, » sont supprimés ;

b) Après la première occurrence des mots : « santé publique » sont insérés les mots : « et qui fait l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, » ;

c) Les mots : « une indication répondant à l'une des situations suivantes : » sont remplacés par les mots : « l'indication ayant fait l'objet de l'autorisation temporaire

d'utilisation dès lors que cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour ce médicament. » ;

d) Le 1° et le 2° sont supprimés ;

e) Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le cas échéant, le II de l'article L. 162-16-5-1-1 reste applicable.

« Par dérogation au premier alinéa, la poursuite de la prise en charge d'un traitement, pour un patient donné, initié dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du I de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, est autorisée. » ;

2° Le II est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. - Certaines spécialités pharmaceutiques n'ayant pas fait l'objet, pour une indication particulière, d'une autorisation temporaire d'utilisation mais disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication, peuvent faire l'objet d'une prise en charge temporaire par l'assurance maladie, décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

« Dans ce cas, les ministres fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour la mise à disposition de la spécialité dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée en application du présent II. » ;

3° Le III est ainsi modifié :

a) Après les mots : « mentionnée au I » sont insérés les mots : « et au II » ;

b) Au 1° du A, après les mots : « à l'inscription » sont insérés les mots : « ou au refus d'inscription » ;

c) Au 3° du A, les mots : « marché ou » sont remplacés par les mots : « marché pour les indications relevant du présent I, ou aucune demande d'inscription n'est déposée concomitamment à la demande de prise pour les indications relevant du présent II, ou pour les indications relevant du présent I ou du présent II, »

d) Il est complété par un D ainsi rédigé :

« D. - Le présent III est notamment applicable aux spécialités disposant ou ayant disposé d'une autorisation temporaire d'utilisation au titre du 1° ou au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, et d'une prise en charge à ce titre. » ;

4° Le IV est supprimé.

G. - Au premier alinéa de l'article L. 162-16-5-3, après la première occurrence des mots : « charge au titre de » sont insérés les mots : « l'article L. 162-16-5-1-1 ou de » et après les mots : « dispositions de » sont insérés les mots : « l'article L. 162-16-5-1-1 ou de » ;

H. - Après l'article L. 162-16-5-3, il est inséré un article L. 162-16-5-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5-4. - I. – La prise en charge d’une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, implique l’engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d’assurer la continuité des traitements initiés pendant la durée de la prise en charge à ce titre puis pendant une durée d’au moins un an à compter, pour l’indication considérée, de l’arrêt de la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.

« Ces dispositions ne s’appliquent pas si la spécialité, pour l’indication concernée, fait l’objet d’un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d’un an est ramené à 45 jours lorsque l’indication concernée fait l’objet d’un refus de prise en charge au titre de l’article L. 162-17 du présent code et au titre de l’article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, les conditions de prise en charge le cas échéant fixées par le Comité économique des produits de santé s’appliquent. En particulier, lorsque l’inscription est prononcée uniquement sur la liste mentionnée au premier alinéa de l’article L. 5123-2 du code de la santé publique, le laboratoire permet l’achat de son produit pour les continuités de traitement à un tarif qui n’excède pas, le cas échéant après l’application de remises, le prix de référence mentionné à l’article L. 162-16-5-1.

« II. – En cas de manquement aux dispositions du présent I, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à l’encontre du laboratoire exploitant selon les modalités prévues à l’article L. 162-17-4, dans des conditions fixées par décret en Conseil d’Etat. Le montant de cette pénalité peut être porté jusqu’à 50 % du chiffre d’affaires hors taxes réalisé en France par l’entreprise, au titre de la spécialité mentionnée au présent I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. » ;

I. - Le troisième alinéa de l’article L. 162-17 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L’inscription peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d’utilisation, notamment de durées de prise en charge. » ;

J. - Après l’article L. 162-17-1-1, il est inséré l’article L. 162-17-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-1-2. - La prise en charge des produits de santé et prestations éventuellement associées au titre de l’une des listes mentionnées au premier et deuxième alinéas de l’article L. 162-17, à l’article L. 162-17-2-1, à l’article L. 162-22-7, à l’article L. 162-23-6, à l’article L. 165-1, au premier alinéa de l’article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou au titre de l’article L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 ou L. 165-1-4 peut être conditionnée, par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, à la transmission d’information relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit de santé ou la prestation est prescrit et aux résultats ou effets de ces traitements.

« Ces informations peuvent notamment être transmises au service du contrôle médical et aux systèmes d’information prévus à l’article L. 161-28-1 du présent code et à l’article L. 6113-7 du code de la santé publique.

« Le non-respect de ces obligations peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l’indu selon les modalités prévues à l’article L. 133-4. »

K. - A l’article L. 162-17-2-1, les mots : « après avis de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie » sont supprimés.

L. - Après l'article L. 162-17-2-1, il est inséré un article L. 162-17-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-2-2.- Les règles de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments homéopathiques titulaires de l'enregistrement prévu à l'article L. 5121-13 du code de la santé publique sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« Ce décret précise notamment la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, ainsi que les conditions dans lesquelles ces médicaments homéopathiques peuvent le cas échéant être admis ou exclus de la prise en charge par l'assurance maladie. »

M. - Le neuvième alinéa de l'article L. 162. 17-4 est complété par les mots : « , L. 162-16-5 ou L. 162-16-6. Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18. »

N. - L'article L. 162-18 est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, il est inséré un « I » ;

2° Après le quatrième alinéa, sont insérées les dispositions suivantes :

« II. - Le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4 du présent code, appliqué aux prix nets ou au tarifs nets au sens du quatrième alinéa de l'article L. 162-18.

« Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision, lorsque la spécialité concernée ou certaines spécialités comparables sont susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments. » ;

3° Au début du cinquième alinéa, il est inséré un « III » ;

4° Au début du sixième alinéa, il est inséré un « IV » ;

5° Au septième alinéa, les mots : « premier alinéa » et « des trois prochaines années » sont respectivement remplacés par les mots : « I et au II » et « de la prochaine année » ;

6° Au huitième alinéa, les mots : « sixième » et « article » sont respectivement remplacés par les mots : « deuxième » et « IV » ;

7° Au neuvième alinéa, après le mot : « convention » sont insérés les mots : « ou de décision ».

O. - A l'article L. 162-22-7-3, après les mots : « Les médicaments » sont insérés les mots : « qui bénéficient d'un dispositif de prise en charge », les mots : « L. 5121-12 du code la santé publique » sont remplacés par les mots : « L. 162-16-5-1-1 » et après le mot : « L.

162-22-6 » sont insérés les mots : « , dans les conditions fixées par les articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 » ;

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

« Art. L. 165-1-4. - I. – Certains produits et prestations pour lesquels, pour une indication particulière, une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 est demandée et est en cours d'instruction, peuvent faire l'objet d'une prise en charge temporaire par l'assurance maladie, décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 161-37 et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'Etat. Ce décret fixe également les situations dans lesquelles il peut être mis fin à la prise en charge anticipée. Seuls certains établissements de santé peuvent distribuer ce produit ou cette prestation en vue de sa prise en charge. Cette prise en charge peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à modifier les conditions de délivrance des produits concernés au titre leur éventuelle prise en charge au titre de l'article L. 165-1. L'article L. 162-16-5-4 est applicable.

« Dans ce cas, les ministres fixent la compensation accordée à l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée en application du présent I.

« II. - Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au I du présent article, l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaire facturé par l'entreprise au titre de cette indication, et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaire facturé au titre de l'indication est obtenu en proratisant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

« III. - Lorsqu'un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du III est inscrit au remboursement au titre de l'article L. 165-1 et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du produit ou de la prestation au sens de l'article L. 165-4 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre du présent I, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du II, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée.

« IV. - Les dispositions de l'article L. 162-16-5-4 sont applicables aux produits et prestations faisant l'objet de la prise en charge mentionnée au I du présent article. » ;

Q. L'article L. 165-4 est ainsi modifié :

1° Après le III, il est inséré un IV ainsi rédigé :

« IV. - Les conventions conclues au titre des produits ou prestations bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-4 n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour la prochaine année.

« Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque produit. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au premier alinéa du présent article, qui pourraient être dues au titre la prochaine année, du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2.

« Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du présent IV.

« A défaut de convention prévoyant des remises, le tarif de responsabilité tient lieu de prix net de référence. » ;

2° Au début du dernier alinéa, les signes : « V. - » sont insérés.

II. - A l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, après les mots : « de certains médicaments » sont insérés les mots : « , dans des indications thérapeutiques précises, ».

III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} mars 2019.

Jusqu'à l'entrée en vigueur du décret relatif aux conditions de transmission de l'indication mentionné à l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale, intervenant au plus tard le 1^{er} juin 2019, la répartition des volumes de vente selon les indications nécessaires à l'application de l'article L. 162-16-5-1 du même code est calculée au prorata des estimations des populations cibles respectives réalisées par le Comité économique des produits de santé.

Exposé des motifs

Le système d'accès précoce aux médicaments les plus innovants est en France parmi les plus anciens et les plus ouverts d'Europe. Il permet aux patients de disposer de nouveaux médicaments efficaces avant même leur autorisation de mise sur le marché, notamment en l'absence d'alternative thérapeutique dans une maladie grave.

La transformation de l'innovation intervenue ces dernières années sur le marché des médicaments, avec des produits – comme certaines immunothérapies – disposant au fil du temps et des résultats des études cliniques de plus en plus d'indications thérapeutiques, nécessite de faire évoluer ce système d'accès précoce pour l'adapter à ces nouvelles réalités.

Cette réforme traduit concrètement des évolutions que le Gouvernement a annoncées lors du dernier Comité stratégique des industries de santé en juillet 2018.

Ainsi, l'article prévoit-il d'étendre le dispositif des autorisations temporaires d'utilisation aux extensions d'indications thérapeutiques de certains médicaments, avant même leur autorisation de mise sur le marché dans cette indication (alors qu'il était jusqu'à présent réservé aux premières indications du médicament). L'article prévoit également que les ministres puissent autoriser l'accès précoce d'un produit qui n'aurait pas reçu une autorisation temporaire d'utilisation avant l'octroi de son autorisation de mise sur le marché, mais qui remplirait néanmoins toutes les conditions pour un accès précoce (produit de santé

indiqué dans une maladie grave ou rare, sans alternative thérapeutique, et dont l'efficacité et la sécurité d'emploi sont démontrées).

L'élargissement du système d'accès précoce conduit à faire évoluer les conditions de fixation de prix de ces médicaments, pendant la phase temporaire d'accès : pour éviter les difficultés actuellement observées, les ministres fixeront un prix temporaire durant cette phase d'accès précoce. Le principe actuellement en vigueur demeurera toutefois et le prix net finalement négocié avec le CEPS sera appliqué rétroactivement sur la période d'accès précoce.

La réforme de l'accès précoce, et le dynamisme récent des dépenses de produits de santé, supérieur à celui observé les années précédentes, conduit également à prévoir de nouvelles modalités de négociation de la prise en charge des produits de santé, mais également de leur suivi pour s'assurer de leur bon usage en situation réelle d'utilisation.

Tout d'abord, l'essor des produits d'immunothérapie et l'utilisation de médicaments en association, qui ouvrent des espoirs importants pour mieux traiter certaines maladies complexes et évolutives, doivent conduire à revoir les mécanismes et outils de négociation du CEPS pour lui permettre de mieux garantir la soutenabilité de notre système de prise en charge. En effet, ces utilisations en association peuvent conduire pour la sécurité sociale à doubler ou tripler le coût de certaines prises en charge, et le CEPS manque de leviers lorsque les produits associés sont exploités par des laboratoires différents. L'article étend aux médicaments utilisés en association un dispositif de fixation des remises par décision du CEPS qui est actuellement en vigueur pour les dispositifs médicaux, afin de faciliter la recherche d'un accord conventionnel avec toutes les parties. Ce dispositif ne s'appliquera que si une solution conventionnelle n'est pas trouvée avec l'ensemble des parties et il respectera les règles de fixation des prix, le cas échéant dans le cadre défini par l'accord cadre.

L'article permet en outre de clarifier le cadre d'évaluation par la Haute Autorité de santé (HAS) de la prise en charge des médicaments homéopathiques par l'assurance maladie. En effet, la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé a été saisie pour se prononcer sur le bienfondé de la prise en charge des médicaments homéopathiques au regard des données existantes, concernant notamment l'efficacité, les effets indésirables et la place dans la stratégie thérapeutique de ces produits. Étant donné que certains de ces médicaments sont actuellement pris en charge selon une procédure de droit commun, il convient de prévoir que la commission de la transparence puisse rendre un avis global sur le bienfondé de cette prise en charge, dans les conditions usuelles d'évaluation des médicaments.

Article 43

[Favoriser le recours aux médicaments génériques et biosimilaires]

I. – La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

A.- Le 5° de l'article L. 5121-1 est complété par les dispositions suivantes :

« c) Spécialité hybride d'une spécialité de référence, une spécialité qui ne répond pas à la définition d'une spécialité générique parce qu'elle comporte par rapport à la spécialité de référence des différences relatives aux indications thérapeutiques, au dosage, à la forme pharmaceutique ou à la voie d'administration, ou lorsque la bioéquivalence par rapport à cette spécialité de référence n'a pu être démontrée par des études de biodisponibilité. L'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité hybride repose au moins pour partie

sur les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés déterminés en fonction de ces différences ;

« d) Groupe hybride, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides ; »

B.- L'article L. 5121-10 est ainsi modifié :

1° Au premier et deuxième alinéas de l'article L. 5121-10, après les mots : « spécialité générique » sont insérés les mots : « ou hybride » ;

2° Il est ainsi complété :

« Les conditions d'élaboration du registre des groupes hybrides, notamment les modalités d'inscription et de radiation, sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des classes de médicaments pouvant faire l'objet d'une inscription au registre des groupes hybrides. »

C.- L'article L. 5125-23 est ainsi modifié :

1° Au début du premier et du deuxième alinéa, il est respectivement inséré un « I » et un « II » ;

2° Au deuxième alinéa, après les mots : « groupe générique » sont insérés les mots : « ou hybride ».

3° Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Par dérogation aux dispositions du I, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique ou du même groupe hybride, à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé précise les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée, ainsi que le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le prescripteur, notamment sur l'ordonnance. Pour les spécialités figurant sur l'une des listes mentionnée aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les situations médicales et thérapeutiques dans lesquelles la substitution peut être effectuée par le pharmacien au sein d'un groupe hybride ».

4° Au début du quatrième alinéa, il est inséré un « III » et après les mots : « du même groupe générique » sont insérés les mots : « ou du même groupe hybride » ;

5° Au début du dernier alinéa, il est inséré un « IV ».

D.- A l'article L. 5125-23-2, les mots : « ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif » sont supprimés.

E.- L'article L. 5125-23-4 est abrogé.

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

A.- L'article L. 162-16 est ainsi modifié :

1° Au début du premier et du deuxième alinéa, il est inséré respectivement un « I » et un « II » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « cinquième alinéa » sont remplacés par le mot : « III » ;

3° Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« III - La base de remboursement des frais exposés par l'assuré de la spécialité délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application des dispositions du 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné, lorsque le pharmacien délivre une spécialité :

« a) sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1,

« b) ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique ou hybride.

« Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le plus économique pour l'assurance maladie.

« Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné.

« Pour l'application du présent III, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées au premier et au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 sont prises en compte.

« IV. - Les dispositions du présent III, à l'exception de son avant dernier alinéa, ne sont pas applicables lorsque le prescripteur a exclu, sur justification médicale, la possibilité de substitution conformément aux dispositions du deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, ou lorsque la délivrance par substitution d'une spécialité hybride n'est pas admise en application du dernier alinéa du II du même article L. 5125-23. ».

4° Au début du cinquième alinéa, il est inséré un « V » et les mots : « du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 », « ou de l'article L. 5125-23-4 », « de la spécialité générique ou » sont supprimés ;

5° Au début du sixième alinéa, il est inséré un « VI », les mots : « cinquième et sixième alinéas » à chacune de leurs occurrences sont remplacés par les mots : « III et V » et les mots : « sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget » sont remplacés par les mots : « sécurité sociale et de la santé » ;

6° Au début du huitième alinéa, il est inséré un « VII ».

B.- L'article L. 162-16-7 est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, les mots : « y compris » sont remplacés par le mot : « dans » ;

2° Le dernier alinéa est supprimé.

C.- Après l'article L. 162-22-7-3, les dispositions suivantes sont insérées :

« Art. L. 162-22-7-4. - « Les établissements de santé, lorsqu'ils mettent en œuvre une procédure de passation de marché public pour l'achat de médicaments et de produits de santé, peuvent prendre en compte le caractère biologique similaire d'une spécialité.

« Art. L. 162-22-7-5. - Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1° de l'article L. 162-22 peuvent bénéficier d'une dotation du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité de leurs prescriptions de produits de santé, mesurés tous les ans par établissement.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité des prescriptions et précise, pour chaque indicateur, les modalités de calcul du montant de rémunération par établissement. »

III. – Les modalités d'incitation mentionnées à l'article L. 162-22-7-5 du code de la sécurité sociale peuvent se fonder sur l'analyse des prescriptions effectuées à compter du 1er janvier 2018.

IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2019, à l'exception du A du II qui entre en vigueur le 1er janvier 2020.

Exposé des motifs

Malgré de nombreuses actions visant à promouvoir la prescription et délivrance des médicaments génériques, comme les campagnes d'information, l'incitation des pharmaciens à la substitution, le mécanisme du « tiers payant contre générique », le recours aux médicaments génériques en France est encore relativement limité. Il est de l'ordre de 36 % en volume en 2016 en France, et reste donc très inférieur à celui constaté dans d'autres pays européens comme l'Allemagne et le Royaume-Uni, où il dépasse les 80 %.

Le développement des médicaments génériques constitue pourtant un enjeu essentiel pour notre système de santé. Développer plusieurs sources d'approvisionnement d'un même principe actif permet de renforcer la sécurité d'approvisionnement de toutes les pharmacies. La concurrence qui se crée entre les laboratoires pharmaceutiques conduit en outre à d'importants gains d'efficacité pour le système de santé, sans remettre en cause la qualité des traitements puisque les médicaments princeps et leurs génériques ont les mêmes effets thérapeutiques. En utilisant les nouvelles marges de manœuvre ainsi trouvées, le développement des médicaments génériques constitue donc une opportunité importante pour que tous les patients puissent continuer à disposer rapidement et largement l'innovation thérapeutique.

Parmi les freins identifiés permettant d'assurer un niveau élevé de substitution du princeps par le générique, on peut constater un niveau élevé – et en augmentation – du recours à la mention « non substituable » sur près de 9 % des ordonnances, sans que cela corresponde à une nécessité médicale.

Le présent article vise donc à encourager la substitution par le pharmacien en faisant reposer la justification d'une mention « non-substituable » sur des critères médicaux objectifs, définis en lien avec l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits

de santé. Pour faciliter cette information par le prescripteur, l'obligation de la mention manuscrite est supprimée.

Par ailleurs, dans un contexte où les prix des médicaments sont de plus en plus élevés, et où la France souhaite pouvoir disposer le plus rapidement possible des meilleures innovations, il n'y a pas de justification pour l'assurance maladie à rembourser plus cher un soin qui n'apporte aucun bénéfice supplémentaire. En conséquence, le remboursement d'un assuré qui ne souhaiterait pas, sans justification médicale, la substitution que doit proposer le pharmacien se fera sur la base du prix du générique. Il s'agit ainsi de reconnaître un même niveau de prise en charge pour des soins de même qualité.

Le présent article vise également à permettre aux médicaments hybrides de bénéficier de la substitution, quand les situations le permettent, par le pharmacien. Ces médicaments hybrides sont très proches des médicaments génériques, mais ils doivent fournir des études supplémentaires pour montrer leur équivalence thérapeutique. Un médicament peut ainsi être qualifié d'hybride lorsqu'il est disponible dans un nouveau dosage, utile pour les patients, mais pas disponible pour le médicament princeps. Le nouveau registre des médicaments hybrides sera mis en place progressivement ; en particulier, les médicaments hybrides inhalés ne seront pas concernés en 2019.

Enfin, le présent article vise à faciliter l'achat de médicaments biosimilaires par les établissements hospitaliers, en leur permettant de prendre en compte l'efficacité des dépenses pour le système de santé dans leurs appels d'offre. Cette utilisation vise essentiellement à éviter les changements trop fréquents d'un médicament biologique, notamment lorsque ce médicament est utilisé fréquemment en ville.

TITRE III : MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS

Article 44

[Ajustement exceptionnel de la revalorisation des prestations sociales]

Au titre de 2019 et 2020, par dérogation à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, le montant des prestations et plafonds de ressources relevant de cet article sont revalorisés de 0,3 %.

Toutefois, ne sont pas concernés par cette dérogation :

1° L'allocation de veuvage mentionnée à l'article L. 356-2 du même code ;

2° L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 du même code et les prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de ces allocations ;

3° L'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 du même code, ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de cette allocation ;

4° Le plafond de ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévu à l'article L. 861-1 du même code ;

5° Le revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants mentionnée à l'article L. 117-3 du même code ;

6° Les allocations mentionnées au 2° de l'article L. 5421-2 du code du travail et l'allocation temporaire d'attente mentionnée à l'article L. 5423-8 du même code ;

7° L'allocation pour demandeur d'asile mentionnée à l'article L. 744-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

8° L'allocation spéciale pour les personnes âgées mentionnée à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, ainsi que le plafond de ressources prévu pour le service de cette allocation ;

9° L'allocation de solidarité aux personnes âgées et les prestations mentionnées respectivement aux 1° et 9° de l'article 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de ces allocations.

Exposé des motifs

Toutes les prestations sociales seront revalorisées et ce pour tous leurs bénéficiaires, sans distinction.

Le présent article prévoit, au cours des deux prochaines années, une revalorisation de certaines prestations sociales de 0,3 % par an. Les minima sociaux ne sont pas concernés par cette disposition et évolueront en fonction de l'inflation. Certaines prestations bénéficieront en outre d'une revalorisation exceptionnelle, conformément aux engagements du Président de la République. C'est le cas notamment du minimum vieillesse, qui aura augmenté de 100 € par mois d'ici la fin du quinquennat dont 30€ en avril dernier, puis 35 € en janvier prochain et en janvier 2020. C'est aussi le cas de l'allocation adulte handicapé qui aura augmenté de 90 € par mois d'ici 2019.

Article 45

[Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles au titre de l'enfant en situation de handicap]

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

1° L'article L. 531-5 est ainsi modifié :

a) A l'avant dernier alinéa du *b* du I, les références : « , L. 5423-2 et L. 5423-8 » sont remplacées par la référence : « et L. 5423-2 » ;

b) Le III est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Lorsque le ménage ou la personne seule bénéficie au titre d'un enfant à charge de la prestation prévue à l'article L. 541-1. » ;

2° Après le cinquième alinéa de l'article L. 531-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Lorsque le ménage ou la personne seule bénéficie au titre d'un enfant de la prestation prévues à l'article L. 541-1. »

II.- Le 6° de l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales [dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} octobre 2018] est ainsi modifié :

1° Après le dix-huitième alinéa du *b*, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Lorsque le ménage ou la personne seule bénéficie au titre d'un enfant de la prestation prévue à l'article L. 541-1. » ;

2° Au *c*, les mots : « est applicable dans sa rédaction résultant de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 » sont supprimés.

III.- Le présent article est applicable aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} novembre 2019.

Exposé des motifs

La présence d'un handicap chez un enfant induit souvent des difficultés dans l'accès à une solution d'accueil, préjudiciable aussi bien à sa socialisation et à son intégration en milieu ordinaire qu'à la reprise ou à la poursuite d'une activité professionnelle dans des conditions satisfaisantes pour ses parents. De fait, les enfants en situation de handicap accèdent moins que les autres aux différents modes formels d'accueil des jeunes enfants, en particulier aux crèches et aux assistants maternels. La présence d'un enfant en situation de handicap peut également induire des besoins d'accueil supplémentaires pour ses frères et sœurs.

En ce qui concerne l'accueil collectif, la nouvelle Convention d'objectifs et de gestion (COG) pour 2018-2022 de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) prévoit des dispositifs destinés à favoriser l'accès des jeunes enfants handicapés aux structures d'accueil, à la crèche notamment, en ajoutant à la réduction du coût de l'accueil pour les familles (objectif également poursuivi dans les COG précédentes), la mise en place d'une prise en charge majorée des coûts de fonctionnement des structures qui accueillent des enfants en situation de handicap, qui neutralisera le surcoût induit pour les structures par l'accueil de ces enfants.

Il n'existe en revanche pas d'aide complémentaire lorsque la famille recourt ou souhaite recourir à un mode d'accueil individuel – assistant maternel ou garde à domicile.

Parmi les principaux freins à cet accueil sont identifiés, à côté de l'inquiétude des parents pouvant les conduire à préférer interrompre leur activité professionnelle et l'appréhension de professionnels qui se sentent parfois insuffisamment formés, l'existence de coûts supplémentaires liés à des dépenses directes (matériel, renfort, etc.) ou à un surcroît de temps consacré à l'enfant.

Face à ce constat et à côté d'autres mesures visant à améliorer la qualité de l'accueil par les assistants maternels, l'objectif est d'augmenter la solvabilisation du coût lié à la garde par un assistant maternel ou une garde à domicile pour les parents d'enfants en situation de handicaps. Il est ainsi proposé de mettre en place une majoration de 30 % du montant du complément de libre choix du mode de garde lorsque l'un des enfants de la famille ouvre droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Article 46

[Effets de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans sur les prestations familiales]

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

1° Le IV de l'article L. 531-5 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Par exception, pour les enfants ayant atteint l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 entre le 1^{er} janvier et le 31 août de l'année, le montant n'est pas réduit jusqu'à cette date. » ;

2° Au sixième alinéa de l'article L. 531-6, après les mots : « sont réduits », sont ajoutés les mots : « dans les conditions prévues audit IV » ;

3° L'article L. 531-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé directement à l'association ou à l'entreprise qui assure la garde de l'enfant, sous réserve de l'accord de la famille bénéficiaire et de l'association ou l'entreprise précitée, dans des conditions précisées par décret. » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 543-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « inscrit en exécution de l'obligation scolaire » sont remplacés par les mots : « qui, ayant atteint un âge déterminé, est inscrit » ;

b) Il est complété par les mots : « , jusqu'à la fin de l'obligation scolaire » ;

II.- Le dix-neuvième alinéa du *b* du 6° de l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Par exception, pour les enfants ayant atteint l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 entre le 1^{er} janvier et le 31 août de l'année, le montant n'est pas réduit jusqu'à cette date. » ;

III.- Au premier alinéa de l'article 8 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, après les mots : « en exécution de l'obligation scolaire, », sont insérés les mots : « à compter de l'enseignement élémentaire » ;

IV.- Les dispositions issues du 4° du I et du III du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2019, celles issues du 1° et du 2° du I et du II s'appliquent aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2020 et celles issues du 3° du I s'appliquent aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2022.

Exposé des motifs

Le président de la République a annoncé l'avancée à trois ans de l'âge de l'instruction obligatoire à compter de la rentrée scolaire 2019. La mesure a pour objet de tirer les conséquences de cette annonce sur deux prestations familiales : le complément de libre choix du mode de garde (CMG) « emploi direct » et « structure » de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et l'allocation de rentrée scolaire (ARS).

Il est tout d'abord proposé de prolonger le droit au complément de libre choix de mode de garde (CMG) à taux plein jusqu'à leur entrée effective à l'école pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2017 qui n'ont pas pu être accueillis en école maternelle alors qu'ils ont atteint l'âge de trois ans après le 1^{er} janvier 2020, à l'instar de ce qui est prévu pour les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) financés par la prestation de service unique versée par les CAF dans le cadre de leur action sociale, qui est maintenue jusqu'à la scolarisation effective de l'enfant. Cette mesure se traduit par un maintien du CMG à taux plein pour les enfants qui sont nés entre le 1^{er} janvier et la rentrée scolaire au lieu d'une diminution de moitié de son montant et se justifie par le fait que le besoin d'accueil reste inchangé dans sa durée pour la famille tant que l'enfant n'est pas scolarisé. Elle évite aux familles concernées d'avoir à assumer un reste à charge beaucoup plus important ou de devoir réduire leur activité professionnelle et supprime une inégalité de traitement existant aujourd'hui entre les familles au regard de la transition vers l'école maternelle selon la date de naissance de leur enfant.

Cette mesure, qui participe d'une facilitation de la transition pour les familles vers l'école maternelle, sera applicable pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2017, qui seront les premiers enfants atteignant l'âge de trois ans non scolarisés, soit à compter du 1^{er} janvier 2020, à la suite de la réforme qui interviendra en septembre 2019.

L'avancée de l'âge de l'obligation scolaire de six à trois ans nécessite par ailleurs de toilettier les dispositions relatives aux conditions d'accès à l'ARS, qui font référence à la notion d'obligation scolaire, qui n'est plus adaptée pour la fixation d'une ouverture du droit aux 6 ans des enfants. Il est proposé que la loi (L.543-1) fasse désormais référence à la notion d'« âge déterminé » qui est fixé conformément à l'article L.584-1 en décret en Conseil d'Etat (actuel article R.543-2). L'avancée de l'âge de l'obligation scolaire ne modifie pas la situation des familles qui n'auront pas à faire face à des dépenses nouvelles et supplémentaires du fait de cette réforme. Il n'est dans ces conditions pas justifié d'avancer à 3 ans l'âge d'attribution de l'ARS.

Enfin, il est proposé de réformer le circuit de paiement du CMG auquel les familles peuvent prétendre lorsqu'elles ont recours à un service de garde à domicile, certaines crèches familiales ou une micro-crèche pour la garde de leur enfant, dans un souci de simplification des démarches des allocataires et de gain en trésorerie pour les primo-demandeurs (CMG dit « structure »). A l'instar du CMG emploi direct à compter de l'année 2019, le CMG structure pourra dans l'avenir être versé en tiers payant, ce qui permettra que l'ensemble des aides à la garde financées par la Branche famille puissent être versées selon cette modalité qui donne aux familles une lisibilité immédiate du coût réel de l'accueil de leur enfant. La mise en œuvre de cette mesure permettra d'accroître l'effet de levier de cette prestation, la complexité des processus actuels et leur éclatement ayant pour effet de minorer la perception de la générosité des aides publiques mobilisées.

Article 47

[Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité]

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

1° L'article L. 623-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi rédigé :

« I. – Les assurées auxquelles s'appliquent les dispositions du présent livre bénéficient à l'occasion de leur maternité, à condition de cesser leur activité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-1 :

« 1° d'une allocation forfaitaire de repos maternel ;

« 2° d'indemnités journalières forfaitaires.

« Les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol bénéficient d'indemnités journalières forfaitaires à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions prévues par l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. »

b) Les trois occurrences des mots : « deuxième alinéa » sont remplacées par la référence : « 2° » et les mots : « premier alinéa » sont remplacés par la référence : « 1° » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 623-2 les mots : « premier alinéa » sont remplacés par la référence : « 1° » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 623-3 les mots : « deuxième alinéa » sont remplacés par la référence « 2° » ;

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

1° Au troisième alinéa de l'article L. 722-10, les mots : « des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité » ;

2° L'article L. 732-10 est ainsi rédigé :

« Les assurées mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 qui cessent leur activité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale, bénéficient au titre de l'assurance maternité :

« 1° De la couverture des frais exposés par les assurées sus mentionnées pour assurer leur remplacement dans les travaux de l'exploitation agricole lorsque, prenant part de manière constante à ces travaux, elles sont empêchées de les accomplir en raison de la maternité ;

« 2° Ou, dans des conditions déterminées par décret, d'indemnités journalières forfaitaires lorsque l'assurée mentionnée au 1° de l'article L. 722-10 ne peut pas bénéficier de l'allocation de remplacement.

« L'allocation de remplacement ou les indemnités journalières sont accordées, dans des conditions fixées par décret, aux assurées sus mentionnées dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol à compter du premier jour de leur arrêt de travail. »

3° L'article L. 732-10-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « Lorsqu'elles » sont remplacés par les mots : « Lorsque les assurés », les mots : « personnes mentionnées » sont remplacés par les mots : « assurés mentionnés » et après les mots : « allocation de remplacement » sont insérés les mots : « ou d'indemnités journalières dans les conditions prévues à l'article L.732-10 » ;

b) Au deuxième alinéa, après les mots : « d'attribution de l'allocation » sont insérés les mots : « ou d'indemnités journalières » ;

4° L'article L. 732-12-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « le père bénéficiaire de l'allocation », le mot : « prévu » est remplacé par les mots : « ou d'indemnités journalières dans les conditions prévues » ;

b) Au dernier alinéa, après les mots : « bénéficiaire de l'allocation », sont insérés les mots : « ou d'indemnités journalières ».

III. – Les dispositions issues du présent article s'appliquent aux allocations et indemnités dont le premier versement intervient à compter du 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

Le Président de la République a pris l'engagement d'harmoniser, les règles relatives au congé maternité entre régimes, tout en maintenant celles qui permettent de répondre aux contraintes propres à chaque type d'activité professionnelle et donc aux besoins réels des assurées. La députée Marie-Pierre Rixain a ainsi été missionnée par le Gouvernement afin d'expertiser les évolutions envisageables du congé maternité, notamment des travailleuses indépendantes et des exploitantes agricoles.

Les travailleuses indépendantes bénéficient aujourd'hui d'indemnités journalières (IJ) et d'une allocation forfaitaire, sous réserve d'interrompre leur activité durant au minimum 44 jours (soit environ 6 semaines). Les IJ, forfaitaires, sont versées entre 44 et 74 jours, en fonction de la durée de l'arrêt de l'assurée. Ces règles, bien que plus favorables en termes de niveau d'indemnisation pour les travailleuses indépendantes, ne garantissent pas aujourd'hui une période d'arrêt suffisante pour la santé de la mère et de l'enfant. En effet, alors que les bénéficiaires en termes de santé publique des congés pré et postnataux sont reconnus, les travailleuses indépendantes sont soumises à des contraintes liées à la nécessité d'assurer la pérennité de leur activité et à une précarité plus forte, du fait de leurs revenus parfois instables, qui ne les incitent pas toujours à s'arrêter pendant une durée satisfaisante.

Ainsi, afin de renforcer cette protection, le présent article prévoit de porter la durée minimale d'arrêt en cas de grossesse à 8 semaines, dont 2 semaines de congé prénatal, à l'instar de celle qui s'applique aux salariées. Cette durée minimale d'arrêt de travail garantit à toutes les femmes une prise minimale effective du congé de maternité et préserve la santé de la mère et de l'enfant en instaurant une protection sanitaire adéquate ainsi qu'un véritable repos maternel.

Par ailleurs, la durée de versement maximale des IJ sera alignée sur celle des salariées (112 jours). Les travailleuses indépendantes pourront ainsi bénéficier de 38 jours de congés indemnifiés supplémentaires. Cette dernière mesure relevant du niveau réglementaire, un décret en ce sens sera pris d'ici la fin de l'année. Ce renforcement des règles pour les travailleuses indépendantes leur permet non seulement d'avoir droit à un congé minimal et d'augmenter la durée totale de celui-ci mais également d'assurer un revenu de remplacement durant 112 jours, ce qui apporte une sécurité matérielle aux travailleuses indépendantes les plus précaires.

Les exploitantes agricoles se voient actuellement octroyer une allocation de remplacement, visant à rémunérer l'emploi d'une personne les remplaçant dans leurs travaux pendant la durée du congé de maternité, afin de garantir la viabilité de l'exploitation. Dans les faits, 40% des exploitantes ne bénéficient pas de cette allocation, soit parce qu'elles n'en font pas la demande, soit parce qu'elles ne trouvent pas de remplaçant en raison d'une activité agricole très spécifique. Ces exploitantes agricoles ne peuvent donc s'arrêter pendant leur maternité, ce qui soulève un vrai problème de santé publique.

L'allocation de remplacement répond à un réel besoin des exploitantes agricoles et doit donc être maintenue. Elle continuera à être le dispositif principal de prise en charge durant la maternité des exploitantes agricoles, car elle permet une continuité de l'activité agricole et une garantie de la pérennité des exploitations. Elle sera renforcée en améliorant l'attractivité de ce dispositif. A ce stade les exploitantes agricoles s'acquittent directement de la CSG et de la CRDS sur l'allocation de remplacement, pour un coût de 12€ par jour en moyenne, ce qui est mal compris et constitue un réel frein financier au recours à ce mécanisme. Dorénavant les exploitantes n'auront plus à verser ces contributions, ce qui rendra le remplacement gratuit pour elles.

Enfin, en cas d'impossibilité de recourir à un remplacement, les exploitantes agricoles doivent pouvoir bénéficier d'un revenu de remplacement au même titre que les salariées et les travailleuses indépendantes non agricoles. C'est pourquoi il est proposé d'instaurer une indemnité journalière forfaitaire en cas de maternité ou d'adoption, qui sera strictement subsidiaire et servie dans les seuls cas où l'allocation de remplacement ne pourrait pas être versée.

Article 48

[Mesures en faveur des travailleurs indépendants (2/2) : convergence des règles en matière d'IJ vers le régime général]

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

1° Au troisième alinéa de l'article L. 622-2, après les mots : « à l'article L. 323-3, » sont insérés les mots : « l'ensemble des règles prévues au titre II du présent livre leurs sont applicables et » ;

2° L'article L. 622-3 est ainsi rédigé :

« Pour bénéficier du règlement des prestations en espèces au titre de l'assurance maladie et maternité pendant une durée déterminée, les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 doivent justifier, dans des conditions fixées par décret, d'une période minimale d'affiliation ainsi que du paiement d'un montant minimal de cotisations. » ;

« Le revenu d'activité pris en compte pour le calcul de ces prestations est celui correspondant à l'assiette sur la base de laquelle l'assuré s'est effectivement acquitté, à la date de l'arrêt de travail, des cotisations mentionnées à l'article L. 621-1. » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 632-1, les mots : « La première phrase du premier alinéa et le deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « Les deux premiers alinéas » ;

4° Au troisième alinéa de l'article L. 646-4, la référence : « L. 361-6 » est remplacée par la référence : « L. 361-5 ».

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux prestations versées au titre d'arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2019, à l'exception des dispositions du deuxième alinéa du 2° du I qui s'appliquent aux prestations versées au titre d'arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2020.

Exposé des motifs

Les travaux menés pour préparer la reprise de la gestion des prestations de l'assurance maladie des travailleurs indépendants par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) suite à la suppression du régime social des indépendants ont mis en lumière la nécessité de

réduire, lorsque cela apparaît opportun, les écarts entre les règles applicables aux travailleurs indépendants et aux salariés, notamment concernant les indemnités journalières maladie et maternité, afin d'éviter une complexité excessive dans l'accès aux droits pour les travailleurs indépendants.

Ainsi, actuellement, le bénéfice des indemnités journalières maladie et maternité est conditionné pour le travailleur indépendant au fait d'être à jour du paiement des cotisations annuelles. Afin de simplifier les règles pour les travailleurs indépendants et faciliter la gestion par l'assurance maladie, la présente mesure vise à supprimer cette condition d'être à jour des cotisations dès le 1^{er} janvier 2019. La contributivité inhérente aux prestations maladie et maternité en espèces sera conservée puisque les indemnités journalières seront calculées dès 2020 à partir du revenu sur lequel l'assuré aura effectivement acquitté des cotisations.

En outre, la présente mesure prévoit d'étendre aux travailleurs indépendants bénéficiaires d'une pension d'invalidité l'attribution automatique de la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail, quelle que soit la catégorie de la pension d'invalidité, comme pour les salariés. Actuellement, seuls les travailleurs indépendants bénéficiant d'une pension d'invalidité totale et définitive (équivalente aux catégories 2 et 3 pour les salariés) se voient attribuer automatiquement une pension de vieillesse au taux plein. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité partielle au métier (équivalente à la pension de catégorie 1 pour les salariés) doivent en revanche être reconnus inaptes par le médecin conseil pour pouvoir bénéficier d'une pension à taux plein. La présente mesure met fin à cette dissymétrie entre salariés et indépendants, pour des motifs d'équité comme de simplification en gestion pour les caisses primaires d'assurance maladie.

Article 49

[Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale]

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

1° Au cinquième alinéa de l'article L. 133-4, après les mots : « non délivrés » sont insérés les mots : « ou lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale dans les conditions prévues au III de l'article L. 641-9 du code de commerce » ;

2° L'article L. 133-4-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

3° A l'article L.161-17-1-1, après les mots : « L. 353-6, » sont insérés les mots : « L. 355-3, » ;

4° L'article L. 355-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations mentionnées à l'article L. 133-4-1, à l'article L. 511-1, aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

5° L'article L. 553-2 est ainsi modifié :

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

« En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans. » ;

b) L'article L. 553-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées à l'article L. 133-4-1, aux titres IV et V du livre III et au titre I du livre VIII, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

6° L'article L. 815-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur l'allocation mentionnée au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations mentionnées à l'article L. 133-4-1, au titre V du livre III, à l'article L. 511-1, au titre III du livre VIII du présent code et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

7° L'article L. 821-5-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le

caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées à l'article L. 133-4-1, aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

8° L'article L. 835-3 est ainsi modifié :

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

« En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans. » ;

b) L'article L. 835-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au troisième alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées à l'article L. 133-4-1, aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

9° A l'article L. 845-3, il est inséré entre le cinquième et le sixième alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au troisième alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées à l'article L. 133-4-1, aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

10° L'article L. 861-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le décret mentionné à l'alinéa précédent fixe les modalités selon lesquelles les sommes dues par les organismes complémentaires aux organismes d'assurance maladie font l'objet d'une majoration de 10 % en l'absence de paiement dans les délais prévus. Ce décret fixe également les modalités selon lesquelles le directeur de l'organisme d'assurance maladie peut délivrer une contrainte dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-5. » ;

11° L'article L. 861-10 est ainsi modifié :

a) Au IV, après les mots : « à tort » sont insérés les mots : « selon les modalités prévues à l'article L. 133-4-1. Les directeurs des organismes mentionnés au a) de l'article L. 861-4 peuvent également délivrer une contrainte selon les modalités prévues à l'article L. 161-1-5 » et les mots : « de l'autorité administrative compétente » sont remplacés par les mots : « du directeur de l'organisme mentionné au a) de l'article L. 861-4 » ;

b) Au V, les mots : « des premier et troisième alinéas » sont supprimés ;

12° L'article L. 863-7-1 est ainsi modifié :

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

« Les dispositions des articles L. 133-4-1 et L. 161-5-1 sont applicables au recouvrement des prestations versées à tort. » ;

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

« Les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 861-3 sont applicables aux relations entre les organismes complémentaires et les organismes d'assurance maladie. ».

II. – Il est inséré entre le sixième et le septième alinéa de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées aux troisième et quatrième alinéas, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un versement, par retenue sur les prestations mentionnées à l'article L. 133-4-1, aux titres IV et V du livre III et au livre I du livre VIII du code de la sécurité sociale, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. ».

III. – L'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

a) Le septième alinéa est complétée par une phrase ainsi rédigée :

« En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans. » ;

b) Il est inséré entre le huitième et le neuvième alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au sixième alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un versement, par retenue sur les prestations mentionnées à l'article L. 133-4-1, aux titres IV et V du livre III et au titre I du livre VIII du code de la sécurité sociale, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. ».

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

1° L'article 20-5-6 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « articles » sont insérés les mots : « L. 133-4-1, » ;

b) L'article 20-5-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « à l'article 20-8-1 de la présente ordonnance, au chapitre II du titre Ier de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, aux chapitres I et II du titre II, aux chapitres Ier et II du titre VI et au titre VI *bis* de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre Ier de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 549-1 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article 20-8-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : « à l'article L. 133-4-1, à l'article L. 511-1, aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « à l'article 20-1 de la présente ordonnance, au chapitre II du titre Ier de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, aux chapitres I et II du titre II, aux chapitres Ier et II du titre VI et au titre VI *bis* de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre Ier de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 549-1 l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale ».

B. L'article 13 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« En cas de fraude, le directeur de l'organisme mentionné à l'article 19 peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans. » ;

2° Il est inséré entre le quatrième et le cinquième alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le

caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées à l'article 20-1 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, au chapitre Ier et II du titre II de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. Toutefois, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

C. – L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :

1° Le premier alinéa de l'article 20 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : « à l'article L. 133-4-1, à l'article L. 511-1, aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « au titre VI *bis* de la présente ordonnance, à l'article 20-1 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, au chapitre II du titre Ier de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale » ;

2° L'article 35-3 est ainsi modifié :

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

« En cas de fraude, le directeur de l'organisme mentionné à l'article 38 peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération dans un délai de cinq ans. » ;

b) Il est inséré entre le quatrième et le cinquième alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées aux chapitres I^{er} et II du titre II et au chapitre I^{er} du titre VI de la présente ordonnance, à l'article 20-1 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, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. Toutefois, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur les prestations mentionnées au présent alinéa. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

3° Le 5° de l'article 42-1 est ainsi modifié :

a) Au c, les mots : « Au dernier » sont remplacés par les mots : « A l'avant-dernier » ;

b) Le 5° est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« d) Au dernier alinéa, les mots : « à l'article L. 133-4-1, aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du présent livre » sont remplacés par les mots : « aux chapitres I^{er} et II du titre II et au chapitre I^{er} du titre VI de la présente ordonnance, à l'article 20-1 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, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale » ;

D. Le I de l'article 104-1 de l'ordonnance n° 2006-1588 du 13 décembre 2006 relative au régime de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles à Mayotte est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En tant qu'elles concernent le régime accidents du travail et maladies professionnelles, les dispositions de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte, sous réserve des adaptations suivantes : au dernier alinéa, les mots : « aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « à l'article 20-1 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, au chapitre II du titre I^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, aux chapitres I^{er} et II du titre II, aux chapitres I^{er} et II du titre VI et au titre VI *bis* de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 549-1 du code de l'action sociale et des familles ».

E. – Le 8° de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« c) Au dernier alinéa, les mots : « à l'article L. 133-4-1, aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du présent livre » sont remplacés par les mots : « à l'article 20-1 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, aux chapitres I^{er} et II du titre de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale ».

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

1° Il est créé après l'article 8-3 un article 8-4 ainsi rédigé :

« Art. 8-4. - L'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux prestations mentionnés aux articles 9 et 12-1 sous réserve des adaptations suivantes : au dernier alinéa, les mots : « aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I^{er}, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « aux articles 9-6, 11 et 13-2 de la présente ordonnance, au titre Ier de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au titre II du livre VIII du code de la sécurité sociale et aux articles 5 et 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre et Miquelon » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article 9-6 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots « à l'article L. 133-4-1, à l'article L. 511-1, aux titres I^{er}, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation » sont remplacés par les mots : « aux articles 9, 11, 12-1 et 13-2 de la présente ordonnance, au titre III du code de la sécurité sociale, et aux articles 5 et 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre et Miquelon » ;

3° Le c) du 13° de l'article 11 est ainsi rédigé :

« c) A l'article L. 553-2 :

« - les mots : "un organisme de prestations familiales, la Caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale" ;

« - au dernier alinéa, les mots : à l'article L. 133-4-1, aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du livre VIII » sont remplacés par les mots : « aux articles 8-4 et 9-6 de la présente ordonnance, aux titres II et IV de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ». »

B. – La loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est ainsi modifiée :

1° Au 3° de l'article 5, il est inséré après le o un alinéa ainsi rédigé :

« o bis) Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots « à l'article L. 133-4-1, à l'article L. 511-1, aux titres I^{er}, II, III et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation » sont remplacés par les mots : « aux titres II et IV du code de la sécurité sociale, au titre IV de la présente loi, aux articles 9, 11, 12-1 et 13-2 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales » ;

2° Le 4° de l'article 7 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article L. 815-11, les mots : « à l'article L. 133-4-1, au titre V du livre III, à l'article L. 511-1, au titre III du livre VIII du présent code et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation » sont remplacés par les mots : « au titre II de la présente ordonnance et aux articles 9, 11, 12-1 et 13-2 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au

département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ».

VI. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019, à l'exception des dispositions suivantes qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020 :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 133-4-1 dans sa rédaction issue du 2° du I, le dernier de l'article L. 355-3 dans sa rédaction issue du 4° du I, le dernier alinéa de l'article L. 553-2 dans sa rédaction issue du *b*) du 5° du I, le dernier alinéa de l'article L. 815-11 dans sa rédaction issue du 6° du I, le dernier alinéa de l'article L. 821-5-1 dans sa rédaction issue du 7° du I, le dernier alinéa de l'article L. 835-3 dans sa rédaction issue du *b*) du 8° du I, le sixième alinéa de l'article 845-3 dans sa rédaction issue du 8° du I ;

2° Le septième alinéa de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue du II ;

3° Le neuvième alinéa de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, dans sa rédaction issue du *b* du III ;

4° Le dernier alinéa de l'article 20-5-6 et le dernier alinéa de l'article 20-8-6 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, dans leur rédaction issue du A du IV ; le cinquième alinéa de l'article 13 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, dans sa rédaction issue du 2° du B du IV ; le premier alinéa de l'article 20, le cinquième alinéa de l'article 35-3 et le dernier alinéa du 5° de l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, dans leur rédaction issue du C du IV ; le dernier alinéa du I de l'article 104-1 de l'ordonnance n° 2006-1588 du 13 décembre 2006 relative au régime de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles à Mayotte, dans sa rédaction issue du D du IV ; le dernier alinéa du 8° de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, dans sa rédaction issue du E du IV ;

5° L'article 8-4, le deuxième alinéa de l'article 9-6 et le *c*) du 3° de l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, dans leur rédaction issue du A du V ;

6° Le 3° de l'article 5 et le 4° de l'article 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre et Miquelon, dans leur rédaction issue du B du V.

Exposé des motifs

L'objectif poursuivi par le Gouvernement est d'assurer un versement sécurisé des prestations sociales et de limiter ainsi à la fois les situations de non recours et les erreurs d'attribution génératrices d'incompréhension et d'éventuels problèmes de trésorerie pour les bénéficiaires. Toutefois, lorsqu'un indu est néanmoins constaté, que ce soit du fait d'une erreur de l'allocataire ou de l'organisme ou d'une fraude, il apparaît nécessaire d'améliorer les conditions de recouvrement par les organismes de sécurité sociale en permettant que des indus au titre d'un organisme puisse être recouvré sur les prestations versées par un autre organisme. Les procédures mises en œuvre doivent alors garantir la lisibilité de la procédure

de recouvrement et son caractère protecteur pour les allocataires, notamment pour les plus fragiles d'entre eux bénéficiaires de minima sociaux.

Pour ce faire, il est proposé de compléter les dispositions existantes en matière de recouvrement des indus pour :

- faciliter le recouvrement des prestations légales versées à tort par les organismes de sécurité sociale en élargissant la possibilité de retenue à l'ensemble des prestations dont est susceptible de bénéficier l'assuré. En permettant aux débiteurs de s'acquitter plus aisément de leur dette, cette possibilité permettra de réduire les cas de recours au recouvrement forcé, procédure toujours préjudiciable aux assurés ;

- assurer ainsi la mise en œuvre, pour les allocataires disposant des ressources les plus faibles et bénéficiaires de minima sociaux, de procédures de recouvrement protectrices, lissées de manière adaptée dans le temps en fonction des ressources du foyer, de la situation familiale et des charges de logement ;

- clarifier les règles de recouvrement des dépenses prises en charge au titre de la CMU-c ou de l'ACS.

Dans les cas de fraude, le présent article propose de donner aux CAF et aux caisses de mutualité sociale agricole la possibilité de récupérer plus rapidement les prestations obtenues de manière frauduleuse.

- Par ailleurs, il est proposé de renforcer les dispositifs permettant à l'assurance maladie de recouvrer les sommes dues par les organismes complémentaires dans le cadre des mécanismes de tiers-payant coordonné.

Ces différentes mesures forment un ensemble participant à la fois d'un versement sécurisé des prestations, de l'octroi de garanties plus protectrices pour les allocataires à faibles revenus dans le cadre des procédures de recouvrement et de la meilleure maîtrise de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Article 50

[Modernisation de la délivrance des prestations sociales]

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

1° Après le II de l'article L. 133-5-3, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Tout organisme versant des sommes imposables autres que des salaires transmis via la déclaration prévue au I ainsi que tout organisme versant des prestations sociales, y compris au titre de la protection sociale complémentaire, non imposables énumérées par décret adresse mensuellement à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative comportant pour chacune des personnes attributaires de ces sommes et prestations et, après information de celles-ci, les informations relatives à ces versements. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« Les données de cette déclaration servent uniquement au recouvrement des cotisations, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des assurés en matière de prestations sociales ainsi qu'à l'accomplissement par les administrations et organismes destinataires de leurs missions.

« La transmission de cette déclaration permet d'accomplir les formalités déclaratives prévues à l'article 87-0 A du code général des impôts.

« Le défaut de production de cette déclaration entraîne l'application de la pénalité prévue à l'article L. 133-5-4.

« Les données issues de cette déclaration sont conservées pendant la durée nécessaire à l'ouverture et au calcul des prestations pour la gestion desquelles ces données sont utilisées. Un décret précise cette durée de conservation, sans que celle-ci puisse excéder trente-six mois et énumère les prestations pour lesquelles ces données sont utilisées. » ;

2° Après le 4° de l'article L. 221-1, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et assurés ; » ;

3° Après le 4° de l'article L. 222-1, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et assurés ; » ;

4° Le 4° de l'article L. 223-1 est ainsi rétabli :

« 4° De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et allocataires ; » ;

5° Le 1° de l'article L. 542-2 est complété d'une phrase ainsi rédigée :

« Les conditions de prise en compte des ressources notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature ; » ;

6° Le deuxième alinéa de l'article L. 831-4 est complété d'une phrase ainsi rédigée :

« Les conditions de prise en compte des ressources notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature ; » ;

II. - Après le 10° de l'article L.723-11 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 10° *bis* ainsi rédigé :

« 10° *bis* De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et assurés ou allocataires ; ».

III. – Le 2° de l'article L. 351-3 du code de la construction et de l'habitation est complété d'une phrase ainsi rédigée :

« Les conditions de prise en compte des ressources notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature. »

IV. – La durée de conservation des données issues de la déclaration mentionnée au II bis de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent article pour le service en 2019 de l'allocation de logement familiale visée à l'article L. 542-1

du code de la sécurité sociale et de l'allocation de logement sociale visée à l'article L. 831-1 du même code ainsi que de l'aide personnalisée au logement visée à l'article L. 353-1 du code de la construction et de l'habitation ne peut excéder quinze mois.

Au cours de l'année 2019, pour les revenus 2018, l'administration fiscale communique à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, selon les modalités prévues pour l'application de l'article L.152 du livre des procédures fiscales, les informations nominatives nécessaires pour déterminer, parmi les allocataires de ces caisses, ceux pouvant bénéficier des aides au logement.

Exposé des motifs

Le versement des prestations peut être caractérisé par des erreurs dans les données prises en compte, notamment en cas de déclarations erronées des allocataires. Ces erreurs peuvent être intentionnelles dans le cas des fraudes, mais elles sont très généralement involontaires, relevant le plus souvent de méconnaissances ou de mauvaises appréhensions de la réglementation par les allocataires. Sur toutes les prestations versées par exemple par les CAF ces dernières années, le montant des indus détectés annuellement s'élève à 2,5 milliards d'euros (dont environ 30 % pour les seules aides au logement), et est estimé à 3,3 milliards d'euros s'agissant des indus non détectés 3,8 Md€ s'agissant des erreurs d'erreurs déclaratives non détectées au bout des 24 mois suivant le versement des prestations (date à laquelle il n'est plus possible de les recouvrer, ces sommes étant prescrites). Au total, sur 100 euros versés par les CAF, 8 le sont indûment.

Par ailleurs, les évaluations disponibles font état de taux de non-recours élevés, qu'il s'agisse du RSA (35 % de non-recours) ou en matière d'accès aux soins de l'ACS (plus de 50 %).

Afin de limiter les cas de non-recours, de simplifier les démarches des allocataires et de réduire les erreurs dans le versement des prestations, il est nécessaire de promouvoir le calcul d'une « juste prestation » adaptée à la situation contemporaine réelle de l'allocataire et réactive aux changements de situation, comme le préconise la mission de la députée Christine CLOAREC et de Julien DAMON dans leur rapport remis au Premier ministre le 5 septembre 2018 intitulé « La juste prestation ; pour des prestations et un accompagnement ajustés ».

Si certaines prestations, comme le RSA, sont aujourd'hui calculées sur la base des ressources contemporaines, elles nécessitent en pratique des démarches déclaratives lourdes et fréquentes pour les allocataires, sources d'erreurs et donc potentiellement génératrices d'indus. A l'inverse, les prestations calculées sur la base des revenus de l'avant-dernière année, comme pour les aides au logement et les prestations familiales, ne permettent qu'un ajustement imparfait de ces aides aux changements de situation de l'allocataire, malgré les dispositifs correctifs existants (abattements forfaitaires notamment).

Afin de disposer d'une grande réactivité dans le calcul de l'aide tout en limitant les démarches des allocataires, la modernisation de la délivrance des prestations sociales implique de préciser les conditions dans lesquelles la déclaration mise en place à effet du 1^{er} janvier 2019 pour le prélèvement à la source sur les revenus de remplacement (déclaration dite « PASRAU ») peut, à l'instar de la déclaration sociale nominative (DSN) portant sur les revenus salariaux et exactement sur le même modèle, constituer une déclaration sociale nominative complémentaire pour les organismes versant des sommes entrant également dans le champ des ressources prises en compte pour servir des prestations sociales Cette déclaration concernera essentiellement les organismes de protection sociale.

Afin de procéder par étapes, le Gouvernement a décidé de mettre d'abord en œuvre cette réforme de modernisation du versement des prestations sociales sur les aides personnelles au logement (APL), à partir de 2019, dont les conséquences sont tirées dans le projet de loi de finances pour 2019.

TITRE IV : DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DEPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES

Article 51

[Dotation AM au FMESPP, à l'ONIAM, de la CNSA aux ARS]

I. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 647 millions d'euros pour l'année 2019.

II. - 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 en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 137 millions d'euros pour l'année 2019.

III.- 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 155 millions d'euros pour l'année 2019.

Exposé des motifs

Cette mesure fixe le montant de la dotation de l'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2019 à hauteur de 647 M€. Cette dotation permet d'accompagner à hauteur de 200 M€ dès 2019 des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé conformément aux engagements pris dans le cadre de « Ma santé 2022 ».

Il s'agit en particulier de financer les projets d'investissement immobiliers validés dans le cadre du Comité interministériel pour la performance et la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) sous forme d'aides en capital, afin de limiter le recours à l'emprunt pour les établissements de santé ;

Cette dotation permet également de financer la modernisation des systèmes d'information en santé et la montée en charge du projet de modernisation des systèmes d'information des SAMU.

Elle permettra enfin, comme en 2017 et 2018, d'accompagner les mesures de sécurisation dans les établissements de santé.

La présente mesure fixe également à 137 M€ le montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de l'exercice 2019, montant qui se décline comme suit :

- 40,7 M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) ;

- 96,6 M€ au titre des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA).

Enfin, en application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV).

Les dépenses pour 2019 afférentes aux missions relevant du périmètre de l'assurance maladie sont estimées à 189 millions d'euros dont :

- 161,7 millions d'euros au titre des indemnisations (dont dotations aux provisions) ;
- 8,3 millions d'euros de dépenses de personnel ;
- 19 millions d'euros de dépenses de fonctionnement dont 6 millions d'euros de frais d'avocats et 9 millions d'euros d'expertises médicales

Il est proposé une dotation de l'assurance maladie pour 2019 de 155 422 676 euros. Les autres produits de l'office (hors dotation de l'État) sont estimés pour 2019 à 44,5 millions d'euros (16,5 millions d'euros au titre des reprises sur provisions et 28 millions d'euros au titre des ressources propres).

Article 52

[Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès]

Pour l'année 2019, 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 218,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 216,4 milliards d'euros.

Exposé des motifs

La progression des dépenses d'assurance-maladie est maîtrisée, comme en témoigne la fixation d'un ONDAM à 2,5 %. La progression spontanée des dépenses demeure en effet soutenue.

Article 53

[ONDAM et sous-ONDAM]

Pour l'année 2019, 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)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	91,5
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,4

Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5
Autres prises en charge	1,9
Total	200,3

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie est fixée à 2,5% en 2019, soit un niveau de 200,3 Md€. Ce niveau permet à la fois de maîtriser les dépenses tout en finançant les priorités du Gouvernement en matière d'innovation, d'investissement numérique en santé et de développement de l'accès aux soins.

Article 54

[Dotation au FIVA, au FCAATA et transfert compensation sous-déclaration ATMP]

I.- Le montant de la contribution de la branche des 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 260 millions d'euros au titre de l'année 2019 ;

II.- Le montant de la contribution de la branche des 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 532 millions d'euros au titre de l'année 2019 ;

III.- Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 000 millions d'euros au titre de l'année 2019 ;

IV.- Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 186 millions d'euros et 8 millions d'euros pour l'année 2019 ;

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de fixer les montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) du régime général au Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche de l'assurance maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT/MP ainsi que le montant de dépenses correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.

Concernant en premier lieu le FIVA, la tendance à la baisse de la demande, associée à une augmentation du coût moyen des dossiers liée au regain de la fréquence des pathologies graves, conduit à une évaluation du total des dépenses de 364,9 millions d'euros pour 2019, dont 305 millions d'euros au titre des seules dépenses d'indemnisation (hors provisions et dotations aux amortissements à hauteur de 51 M€). Compte tenu d'une dotation nette de l'Etat maintenue à 7,8 millions d'euros (après mise en réserve) et des autres produits du

fonds (prévus à hauteur de 80,2 millions d'euros dont reprises sur provisions à hauteur de 50 M€), une dotation de la branche AT/MP de 260 millions d'euros est nécessaire pour 2019. Elle permettra de réajuster le fonds de roulement du FIVA (61,75 millions d'euros à fin 2019), tout en le maintenant à un niveau suffisant correspondant à plus de deux mois de dépenses d'indemnisation.

En deuxième lieu, la baisse tendancielle des dépenses du FCAATA devrait se poursuivre en 2019, bien que la diminution du nombre d'allocataires soit légèrement amortie par le redémarrage de l'inflation : le total des charges est ainsi évalué à 552 millions d'euros, soit une diminution de 5,1% par rapport à 2018. Dans ce contexte, marqué également par un résultat et un résultat cumulé excédentaires en 2018 (respectivement 32 millions et 20 millions d'euros), il est proposé de calibrer la dotation 2019 de la branche AT/MP de manière à dégager un déficit 2019 de 20 millions d'euros et, de ce fait, assurer l'équilibre du résultat cumulé ; la dotation serait ainsi fixée à hauteur de 532 millions d'euros (soit une diminution de 13,3% par rapport à 2018).

En troisième lieu, la commission de la sous-déclaration des AT-MP qui s'est réunie au cours du deuxième trimestre 2017 a évalué le montant de cette sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 815 et 1 530 millions. Au regard de cette estimation, il est proposé de maintenir le montant du versement pour 2019 au même niveau qu'en 2017, soit 1 milliard.

En quatrième lieu, en application de l'ordonnance relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains risques professionnels et au compte professionnel de prévention, la loi de financement de la sécurité sociale détermine le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et les dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention.

Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT-MP du régime général est évalué à 186 millions d'euros en 2019 :

- 65,7 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente,
- 106 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT-MP du régime des salariés agricole est évalué à 8 millions d'euros en 2019 : 5,5 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et 2,5 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Article 55

[Objectif de dépense de la branche ATMP]

Pour l'année 2019, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

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

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

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des régimes obligatoires de base augmentent de 200 millions d'euros entre 2018 et 2019.

Article 56

[Objectif de dépense de la branche vieillesse]

Pour l'année 2019, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 241,2 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 136,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses d'assurance-vieillesse des régimes obligatoires de base de sécurité sociale continuent à progresser, à hauteur de 1,9% entre 2018 et 2019.

Article 57

[Objectif de dépense de la branche famille]

Pour l'année 2019, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 50,3 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche famille sont relativement stables, elles ne progressent que de 0,6 milliards d'euros entre 2018 et 2019.

Article 58

[Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)]

Pour l'année 2019, 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)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	18,4

Exposé des motifs

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient diminuer de 0,5 milliards d'euros entre 2018 et 2019. Ceci s'explique par la baisse de la prise en charge par le FSV au titre du minimum contributif, du fait du plafonnement de cette prise en charge à 967 M€ en 2019.

ANNEXES

ANNEXE A

**RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE
2017, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES
CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR
DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT**

ET

**DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES
EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR
L'EXERCICE 201E**

I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2017 :

(en milliards d'euros)

ACTIF	2017 (net)	2016 (net)	PASSIF	2017	2016
Immobilisations	7,4	7,0	Capitaux propres	-88,5	-101,4
Immobilisations non financières	5,0	4,5	Dotations	23,7	25,9
			<i>Régime général</i>	0,2	0,6
Prêts, dépôts de garantie	1,5	1,6	<i>Autres régimes</i>	5,8	5,4
			<i>Caisse d'amortissem ent de la dette sociale (CADES)</i>	0,2	0,2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9	<i>Fonds de réserve pour les retraites (FRR)</i>	17,6	19,7
			Réserves	18,8	16,5
			<i>Régime général</i>	2,9	2,6
			<i>Autres régimes</i>	8,1	6,9
			<i>FRR</i>	7,7	7,0

			Report à nouveau	-143,5	-155,6
			<i>Régime général</i>	-3,4	-1,3
			<i>Autres régimes</i>	-4,0	-3,7
			<i>FSV</i>	-0,1	-0,1
			<i>CADES</i>	-136,0	-150,4
			Résultat de l'exercice 2016 en instance d'affectation	-3,6	
			<i>FSV</i>	-3,6	
			Résultat de l'exercice	12,6	8,1
			<i>Régime général</i>	-2,2	-4,1
			<i>Autres régimes</i>	0,2	0,7
			<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	-2,9	-3,6
			<i>CADES</i>	15,0	14,4
			<i>FRR</i>	2,4	0,7
			Ecart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	3,5	3,7
			Provisions pour risques et charges	17,2	15,8
Actif financier	55,6	55,1	Passif financier	158,5	173,1
Valeurs mobilières et titres de	44,7	46,8	Dettes représentées par un titre	152,0	161,2

placement			(obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)		
<i>Régime général</i>	0,0	0,0	<i>Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)</i>	27,3	20,4
<i>Autres régimes</i>	8,7	8,3	<i>CADES</i>	124,7	140,8
<i>CADES</i>	1,0	4,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	5,7	5,2
<i>FRR</i>	35,0	34,5	<i>Régime général (ordres de paiement en attente)</i>	4,2	3,8
Encours bancaire	9,1	7,6	<i>Autres régimes</i>	0,5	0,4
<i>Régime général</i>	0,9	1,1	<i>CADES</i>	1,0	1,0
<i>Autres régimes</i>	4,0	2,9			
<i>FSV</i>	0,0	0,9	Dépôts reçus	0,5	1,1
<i>CADES</i>	3,2	1,6	<i>ACOSS</i>	0,5	1,1
<i>FRR</i>	0,9	1,1			
Créances nettes au titre des instruments financiers	1,9	0,7	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,5
<i>CADES</i>	1,3	0,3	<i>ACOSS</i>	0,2	0,5
<i>FRR</i>	0,6	0,4	Autres	0,1	5,2
			<i>Autres régimes</i>	0,0	0,0
			<i>CADES</i>	0,1	5,1
Actif circulant	82,1	80,2	Passif circulant	57,9	54,9
Créances de	9,0	8,7	Dettes et	29,8	28,8

prestations			charges à payer à l'égard des bénéficiaires		
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8,9	10,5	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,7	2,0
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	47,6	40,9			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,7	10,5	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques	7,8	8,8
Produits à recevoir de l'Etat	0,8	0,5			
Autres actifs	5,1	9,1	Autres passifs	17,6	15,3
Total de l'actif	145,1	142,4	Total du passif	145,1	142,4

Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 88,5 milliards d'euros au 31 décembre 2017. L'encours de dette sur les produits techniques est de l'ordre de 18%, soit environ 2 mois de recettes.

Après une dégradation très marquée à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net est en diminution depuis quatre exercices. Cette inversion de tendance s'est confirmée et s'est amplifiée en 2016 et en 2017 (baisse de 7,9 Md€ entre 2015 et 2016, puis de 12,8 Md€ entre 2016 et 2017). Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (12,6 milliards d'euros en 2017 contre 8,1 milliards d'euros en 2016). Elle reflète la réduction continue des déficits des régimes de base et du FSV (4,8 milliards d'euros en 2017, contre 7,0 milliards d'euros en 2016, 10,2 milliards d'euros en 2015, 12,8 milliards d'euros en 2014 et 16,0 milliards d'euros en 2013) dans un contexte de maintien d'un niveau élevé d'amortissement de la dette portée par la CADES (15,0 milliards d'euros en 2017 après 14,4 milliards d'euros en 2016).

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l'infléchissement observé en 2015 et 2016, l'endettement financier recule ainsi fortement entre 2016 et 2017 (102,9 milliards d'euro contre 118,0 Md€ fin 2016), en cohérence avec l'évolution du passif net.

Evolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs)	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9	-110,7	-109,5	-101,4	-88,5
Endettement financier net au 31/12	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0	-121,3	-120,8	-118,0	-102,9
Résultat comptable consolidé de l'exercice (régimes de base, FSV, CADES et FRR)	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4	+4,7	+8,1	+12,6

II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2017

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 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches Maladie et Famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits des années 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total.

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte de conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et d'une reprise anticipée dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par le décret n°2016-110 du 4 février 2016 et un arrêté du 14 septembre 2016.

Un montant total de 23,6 milliards d'euros a été repris en 2016, correspondant au transfert de la totalité des déficits de la branche famille et de la branche maladie au titre de 2013 et 2014 et de ceux de la branche vieillesse et du FSV au titre de 2015, ainsi que d'une partie du déficit de la branche maladie au titre de 2015.

Le plafond de reprise par la CADES étant désormais saturé après les transferts intervenus en 2016, c'est l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits qui ne sont pas financés par la CADES. L'endettement financier brut de l'ACOSS s'est de fait accru de 6,4 milliards d'euros à fin 2017 par rapport à 2016, sous l'effet du financement des déficits 2017 des branches du régime général et du FSV.

Au titre de l'exercice 2017, le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général s'est élevé à 0,2 milliard d'euros. La plupart de ces régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches maladie des différents régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de la protection universelle maladie, branches vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants depuis 2015), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'Etat, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAM à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont néanmoins enregistré en 2017 des résultats déficitaires. S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 0,2 milliard d'euros en 2017, en léger recul par rapport au résultat 2016, portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) à 3,7 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie octroyées par l'ACOSS, en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusque-là la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2017, ces déficits ont été financés en totalité (3,7 milliards d'euros) par une avance de l'ACOSS.

Enfin, les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,3 milliard d'euros en 2017) et de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (0,01 milliard d'euros en 2017) s'inscrivent en net recul (- 0,3 milliard d'euros par rapport à 2016 pour chacun des deux régimes). A l'inverse, celui de la branche vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires s'est accru (0,09 milliard d'euros en 2017 contre 0,03 milliard d'euros en 2016), cependant que le solde positif du régime de base de la caisse nationale des barreaux français reste globalement stable (0,07 milliard d'euros en 2017). Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

ANNEXE B

RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU REGIME GENERAL, LES PREVISIONS DE RECETTES ET DE DEPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES REGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DES DEPENSES D'ASSURANCE-MALADIE POUR LES QUATRE ANNEES A 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 sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2019-2022. Cette période sera marquée dès 2019 par le retour à l'équilibre de l'ensemble constitué par les régimes obligatoires de base et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), permettant d'amplifier le désendettement de la sécurité sociale (I). Le financement de la sécurité sociale sur cette période évoluera substantiellement sous l'effet des nouvelles mesures de baisse pérenne des cotisations sociales qui en feront évoluer la structure (II). S'agissant de la branche maladie du régime général, la limitation de la progression de l'ONDAM permettra sur la période de continuer de dégager des économies tout en finançant les priorités du Gouvernement telles que l'accès aux soins et aux droits à un remboursement intégral (III). L'équilibre financier des autres branches prestataires sera conforté sur la période quadriennale en vue de permettre le désendettement et le financement des priorités du Gouvernement (IV).

I. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 consolide le retour à l'équilibre des comptes sociaux et permet de garantir le désendettement de la sécurité sociale malgré des hypothèses macroéconomiques revues à la baisse.

Pour 2019, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB et de la masse salariale privée identiques à la prévision pour 2018 (respectivement 1,7 % et 3,5 %) et une hypothèse d'inflation en léger repli (1,3 %).

Pour les années 2020 à 2022, les hypothèses du Gouvernement sont basées sur une consolidation de la croissance (avec un PIB qui progresse en volume chaque année de 1,7 %) et une accélération progressive de l'inflation (+1,8 % à partir de 2021), qui aurait à son tour un effet à la hausse sur les salaires se traduisant par une accélération de la masse salariale (+3,7 % en 2022).

Le Haut Conseil des finances publiques a rendu un avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du projet de loi de finances pour 2019 au Conseil des ministres, et considère que ce scénario macroéconomique est crédible pour 2018 et plausible pour 2019.

Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

PRINCIPALES HYPOTHESES RETENUES	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
PIB volume	1,2%	2,2%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%
Masse salariale privée	2,4%	3,5%	3,5%	3,5%	3,7%	3,8%	3,7%
ONDAM	1,8%	2,1%	2,3%	2,5%	2,3%	2,3%	2,3%
Inflation	0,2%	1,0%	1,6%	1,3%	1,4%	1,8%	1,8%

Cette reprise favorise le redressement financier des régimes de sécurité sociale.

L'amélioration de la conjoncture économique et la maîtrise des dépenses entraînent une réduction significative des déficits sociaux, et permettent d'envisager un retour à l'équilibre de la sécurité sociale dès 2019, après 18 années de déficit. Le régime général devrait ainsi être en excédent dès 2018 et l'ensemble constitué par le régime général et le FSV dès l'année suivante. Ces bons résultats tiennent à la fois à la réalisation des économies prévues et au choix fait de compenser à la sécurité sociale les pertes de recettes qu'elle a supportées du fait de la politique de baisse du coût du travail, dans un contexte où l'État continuera de présenter des déficits consécutifs.

Ce contexte de redressement doit être mis à profit afin de préparer l'avenir en consolidant la situation des finances sociales et des finances publiques de manière plus générale.

La trajectoire financière offre tout d'abord la possibilité d'achever le remboursement de la dette sociale dans le respect du terme fixé à 2024 et sans aucune hausse des prélèvements. Il s'agit d'un engagement fort du Gouvernement pour la préservation et la pérennisation de notre système de protection sociale, afin de ne pas faire peser l'effort sur les générations futures. Le remboursement de l'ensemble de la dette transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), jusqu'en 2016 (soit 260 Md€) est en effet financé et garanti jusqu'à cette date. Il reste toutefois à prévoir le remboursement de la dette non reprise accumulée à l'ACOSS, soit près de 28 Md€ au titre des reliquats des exercices 2015 à 2018.

Or cette dette peut être remboursée sans reporter l'échéance de 2024 ni augmenter les prélèvements obligatoires. Pour ce faire, il est proposé de transférer à compter de 2020, et jusqu'en 2022, 15 milliards de la dette restant accumulée à l'ACOSS à la CADES, ainsi que les ressources de contribution sociale généralisée (CSG) permettant cet apurement d'ici 2024, soit 1,5 milliard d'euros de CSG supplémentaire à compter de 2020, 2 milliards d'euros supplémentaires l'année suivante, augmentés enfin de 1,5 milliard à compter de 2022 soit au total une affectation de 5 milliards d'euros sur trois ans. Ce transfert des ressources rendues disponibles par les prévisions d'excédents sera réalisé sans aucun impact pour les contribuables.

Ce transfert autorise le maintien à l'équilibre durable de la sécurité sociale tout en permettant de faire évoluer les modalités d'application du principe de compensation intégrale des pertes de recettes de la sécurité sociale, comme le Gouvernement l'a proposé dans le rapport remis au Parlement en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques 2018-2022. Ce rapport recommande que, pour l'avenir, les baisses de prélèvements obligatoires seront supportées par l'Etat ou la sécurité sociale, en fonction de l'affectation de ces derniers, sans qu'il soit nécessaire ensuite de procéder à des transferts de compensation dans un sens ou dans l'autre.

Le projet de loi fait application de ce principe, qui conduit à faire une exception à l'article L.131-7 du code de la sécurité sociale pour les pertes de recettes consécutives à l'exonération de cotisations salariales au titre des heures supplémentaires, à l'exonération de forfait social au titre de l'intéressement dans les petites et moyennes entreprises et des mesures en faveur de la participation prévue par la loi « PACTE », à la suppression de la taxe sur les farines et à l'application des réductions de cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie dans les régimes spéciaux.

La trajectoire financière pluriannuelle tient compte de la réduction des recettes fiscales affectées par l'Etat à la sécurité sociale au titre des allègements généraux de cotisations afin de répartir leur coût entre l'Etat et la sécurité sociale. Le projet de loi de finances prévoit ainsi de réduire de 1,5 milliard d'euros en 2019, de 2 milliards supplémentaires l'année suivante, et 1,5 milliards à compter de 2022, soit dans une proportion exactement identique à celle consacrée à l'accélération du désendettement, le montant des ressources de TVA affectées à la sécurité sociale.

Les ressources correspondant à ces deux mouvements de désendettement et de partage du coût des exonérations avec le budget de l'Etat sont réparties entre les branches en fonction de leur capacité contributive.

La trajectoire d'excédents présentée dans le cadre du présent projet de loi tient compte de ces mouvements tout en garantissant l'équilibre durable de la sécurité sociale.

II. Les mesures du PLFSS 2019 en faveur de la compétitivité se traduisent par des modifications importantes des modalités de financement de la sécurité sociale

a. Le remplacement du CICE et du CITS par une réduction uniforme des cotisations d'assurance maladie et des allègements généraux renforcés

Conformément aux dispositions votées en PLFSS et PLF pour 2018, le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et le crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) seront remplacés dès le 1^{er} janvier 2019 par une exonération renforcée des cotisations sociales comprenant deux volets. Il s'agit, d'une part, d'un allègement uniforme de 6 points des cotisations sociales d'assurance maladie pour l'ensemble des salariés relevant du régime général de sécurité sociale et du régime des salariés agricoles, applicable sur les salaires dans la limite de 2,5 SMIC. A la différence du CICE et du CITS, cet allègement bénéficiera à tous les employeurs dans des conditions identiques, qu'ils soient ou non assujettis à l'impôt sur les sociétés ou à la taxe sur les salaires.

D'autre part, à compter du 1^{er} octobre 2019, ces allègements généraux de cotisations sociales seront renforcés au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi. Ces allègements généraux porteront également sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Ainsi, au niveau du SMIC, plus aucune cotisation ou contribution sociale, payée habituellement par toutes les entreprises, ne sera due, à la seule exception de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour la part correspondant à la sinistralité des entreprises.

b. La rationalisation des dispositifs d'exonération spécifiques

Ce renforcement très significatif pour la grande majorité des entreprises appelle par ailleurs un réexamen des dispositifs d'exonérations ciblées et spécifiques en vue d'une révision ou d'une extinction de ces dispositifs.

Ainsi, les contrats de formation en alternance (hors contrats dans le secteur public), les structures d'insertion par l'activité économique (associations intermédiaires et ateliers et chantiers d'insertion) ainsi que les contrats uniques d'insertion (à l'exception des contrats au sein des employeurs publics) bénéficient désormais des allègements généraux, plus favorables que les dispositifs existants.

Le dispositif spécifique applicable à l'outre-mer est quant à lui recentré et simplifié, conformément aux recommandations fixées par le livre bleu des outre-mer, en renforçant le niveau des exonérations pour les plus bas salaires et en réduisant le nombre de barèmes d'exonération de 6 à 2.

L'exonération applicable aux aides à domicile auprès d'une personne fragile employées par un organisme prestataire, actuellement indépendante du niveau de rémunération, sera rationalisée à coût inchangé pour les finances publiques, avec la mise en place d'un barème dégressif permettant de renforcer les effets incitatifs en faveur de l'emploi et une exonération totale jusqu'à 1,1 SMIC.

Enfin, les exonérations de cotisations patronales pour l'emploi de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE) applicable pour le régime agricole sont supprimés au profit des allègements généraux renforcés de droit commun entrant en vigueur au 1er janvier 2019 pour les entreprises du secteur de la production agricole.

III. La LFSS pour 2019 reflète un engagement du Gouvernement en faveur de la transformation de notre système de santé

En 2018, la croissance des dépenses d'assurance maladie serait de 2,3% à champ constant. Les recettes seraient en forte hausse (+4,3%), soutenues notamment par la masse salariale (+3,5%). La branche se rapprocherait ainsi de l'équilibre, son déficit se réduisant à -0,9 Md€. Ainsi que le précise le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2018, l'ONDAM 2018, dont la progression est limitée à 2,3%, devrait être respecté pour la dixième année consécutive.

La progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2019 est fixée à 2,5%. Ce taux est relevé de 0,2 point par rapport à l'ONDAM 2018 afin de renforcer l'effort d'investissement dans la santé dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » présenté le 18 septembre par le Président de la République. Le niveau de progression des dépenses sera ensuite limité à 2,3% sur la période 2020-2022.

Le tendanciel de dépenses restant à un niveau élevé (4,5%), le respect de l'objectif fixé pour 2019 nécessitera un effort d'économie de 3,8 milliards d'euros. Cet effort sera partagé par l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et accompagné dans le cadre du plan ONDAM pluriannuel 2018-2022 qui s'organise autour des thématiques suivantes : structuration de l'offre de soins ; pertinence et efficacité des produits de santé ; pertinence et qualité des actes ; pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêt de travail et de transports ; contrôle et lutte contre la fraude.

Les recettes de la branche maladie de la sécurité sociale évoluent significativement dans leur composition. A la suppression de la cotisation salariale d'assurance maladie de 0,75% en 2018 s'ajoute en effet à compter de 2019 l'effet de la réduction de 6 points des cotisations sociales patronales sous 2,5 SMIC pour un montant de 22,6 Md€. La branche bénéficiera en contrepartie de l'attribution d'une part de l'effet de la hausse de la CSG d'une part et de l'affectation d'une fraction de TVA à hauteur de 36 Md€ d'autre part.

La progression de l'ONDAM représente 4,9 milliards d'euros de dépenses nouvelles prises en charge en 2019 par la collectivité sur le champ de la maladie. Ces ressources permettront la mise en œuvre des priorités du Gouvernement pour la transformation du système de santé. L'effort en direction de la prévention sera poursuivi avec le renforcement des moyens de lutte contre les addictions, le développement des actions de prévention à destination des enfants et des jeunes et l'extension de la couverture vaccinale. L'amélioration de l'accès aux soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire se concrétisera, en vue de la mise en œuvre d'une offre sans reste à charge en 2020 et 2021.

En outre, à compter du 1^{er} novembre, la complémentaire universelle contributive (CMU-c) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) seront fusionnés en un seul dispositif dans un objectif de facilitation de l'accès aux droits. L'accès aux soins sera également soutenu dans le secteur du médicament pour les produits les plus innovants et bénéfiques pour les patients.

Le PLFSS met en œuvre les engagements pris par le Gouvernement dans le cadre de la feuille de route grand âge et autonomie pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées en EHPAD, et dans le cadre de la stratégie pour l'autisme pour notamment améliorer le parcours de soins des enfants dès le plus jeune âge.

Plusieurs mesures contribueront également à la réforme de l'organisation des soins (extension du champ des expérimentations prévues par l'article 51 de la LFSS pour 2018) et de la tarification (développement des financements au forfait et à la qualité). Enfin, le congé maternité des travailleuses indépendantes et des exploitantes agricoles sera renforcé, dans un objectif de préservation de la santé de la mère et de l'enfant, tout en restant adapté aux spécificités de leurs activités.

IV. La revalorisation maîtrisée des prestations sociales contribuera à l'équilibre des branches famille et vieillesse sur la période

La revalorisation différenciée des prestations limitera la progression des dépenses des branches prestataires, et conduira en 2019 à réduire de 1,5 Md€ la progression des dépenses de pensions de retraite à la charge de la branche vieillesse du régime général.

Afin de compenser à cette branche le coût de l'exonération des cotisations salariales au titre des heures supplémentaires et complémentaires et de préserver ses recettes l'assurance vieillesse bénéficiera en contrepartie de l'affectation de ressources aujourd'hui affectées à la branche famille. Les recettes de la branche vieillesse seront toutefois affectées par la réduction du forfait social sur l'intéressement et la participation.

La revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) sera supportée par le fonds de solidarité vieillesse (FSV). Cette mesure forte de solidarité représente un effort estimé à 525 millions d'euros sur 3 ans.

La branche vieillesse du régime général sera excédentaire, après prise en compte des transferts à l'Etat et liés au désendettement, sur l'ensemble de la période.

La branche famille bénéficiera également en 2019 de l'effet de la revalorisation différenciée des prestations, permettant une économie de 260 M€. L'évolution du solde en 2019 sera affectée négativement par le transfert d'une partie des recettes de taxe sur les salaires à la branche vieillesse. Le solde de la branche restera équilibré, après prise en compte des transferts à l'Etat et liés au désendettement, jusqu'en 2022.

		2018	2019	2020	2021	2022
Recettes, dépenses et soldes du régime général						
Maladie	Recettes	210,4	216,0	221,0	225,7	230,6
	Dépenses	211,3	216,4	221,0	225,7	230,6
	Solde	-0,9	-0,5	0,0	0,0	0,0
AT-MP	Recettes	12,8	13,3	13,4	13,6	13,8
	Dépenses	12,0	12,2	12,2	12,4	12,5
	Solde	0,8	1,1	1,2	1,3	1,3
Famille	Recettes	50,5	51,5	50,4	50,9	51,9
	Dépenses	50,1	50,3	50,5	51,0	51,9
	Solde	0,4	1,2	0,0	0,0	0,0
Vieillesse	Recettes	134,5	137,6	140,9	145,3	150,2
	Dépenses	133,7	136,9	140,2	144,9	150,2
	Solde	0,8	0,7	0,8	0,4	0,0
RG consolidé	Recettes	395,2	405,2	412,5	422,0	432,6
	Dépenses	394,1	402,7	410,6	420,4	431,4
	Solde	1,1	2,5	1,9	1,6	1,2
Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base						
Maladie	Recettes	211,9	217,5	222,6	227,3	232,2
	Dépenses	212,8	218,0	222,6	227,3	232,2
	Solde	-0,9	-0,5	0,0	0,0	0,0
AT-MP	Recettes	14,2	14,7	14,8	15,1	15,3
	Dépenses	13,3	13,5	13,6	13,8	14,0
	Solde	0,9	1,2	1,2	1,3	1,3
Famille	Recettes	50,5	51,5	50,4	50,9	51,9
	Dépenses	50,1	50,3	50,4	51,0	51,9
	Solde	0,4	1,2	0,0	0,0	0,0
Vieillesse	Recettes	236,9	241,4	246,2	252,6	259,5
	Dépenses	236,6	241,2	245,7	252,8	260,9
	Solde	0,4	0,3	0,6	-0,2	-1,3
ROBSS consolidé	Recettes	499,9	511,3	520,1	531,6	544,3
	Dépenses	499,2	509,1	518,3	530,6	544,4
	Solde	0,7	2,2	1,8	1,0	-0,1

Fonds de solidarité vieillesse						
	Recettes	16,8	16,6	17,1	17,7	18,3
FSV	Dépenses	18,9	18,4	17,8	18,0	18,2
	Solde	-2,1	-1,8	-0,7	-0,3	0,1
Régime général et fonds de solidarité vieillesse						
	Recettes	394,6	404,9	413,2	423,2	434,3
RG+FSV	Dépenses	395,7	404,2	412,0	421,9	432,9
	Solde	-1,0	0,7	1,2	1,3	1,3
Régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse						
	Recettes	498,2	509,9	519,8	531,8	544,9
ROBSS +FSV	Dépenses	499,6	509,6	518,7	531,1	544,9
	Solde	-1,4	0,4	1,0	0,7	0,1

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.- Régimes obligatoires de base

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et FSV
Cotisations effectives	74,2	141,2	30,6	14,0	258,2	0,0	258,2
Cotisations prises en charge par l'Etat	2,5	2,4	0,6	0,1	5,5	0,0	5,5
Cotisations fictives d'employeur	0,5	40,9	0,0	0,3	41,7	0,0	41,7
Contribution sociale généralisée	73,3	0,0	12,0	0,0	84,9	16,8	101,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	60,8	20,9	7,8	0,0	89,6	0,0	89,5
Charges liées au non recouvrement	-1,3	-1,1	-0,5	-0,2	-3,2	-0,1	-3,3
Transferts	2,9	36,6	0,2	0,1	28,1	0,0	10,1
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	4,6	0,5	0,8	0,5	6,4	0,0	6,4
Recettes	217,5	241,4	51,5	14,7	511,3	16,6	509,9

II.- Régime général

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies profession nelles	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et FSV
Cotisations effectives	73,4	90,9	30,6	13,0	206,3	0,0	206,3
Cotisations prises en charge par l'Etat	2,5	2,0	0,6	0,0	5,2	0,0	5,2
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	73,3	0,0	12,0	0,0	84,9	16,8	101,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	60,8	16,5	7,8	0,0	85,1	0,0	85,1
Charges liées au non recouvrement	-1,3	-1,0	-0,5	-0,2	-3,1	-0,1	-3,2
Transferts	2,9	28,9	0,2	0,0	20,9	0,0	4,0
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	4,3	0,3	0,8	0,4	5,8	0,0	5,8
Recettes	216,0	137,6	51,5	13,3	405,2	16,6	404,9

III. Fonds de solidarité vieillesse

	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	16,8
Impôts, taxes et autres contributions sociales	0,0
Charges liées au non recouvrement	-0,1
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Recettes	16,6