

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

— — — —

Ministère de l'action et des comptes publics

— — — —

Ministère des solidarités et de la santé

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

— — — —

Ministère de l'action et des comptes publics

— — — —

Ministère des solidarités et de la santé

**Projet de loi
de financement de la sÉcurite sociale
pour 2018**

PREMIÈRE PARTIE :

Dispositions relatives à l'exercice 2016

Article 1

[Approbation des tableaux d'équilibre 2016]

Au titre de l'exercice 2016, sont approuvés :

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

(en milliards d'euros)

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

(en milliards d'euros)

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

(en milliards d'euros)

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 185,1 milliards d'euros ;

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

6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 14,4 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les tableaux d'équilibre figurant au présent article sont ceux qui ont été arrêtés par les organismes de sécurité sociale. Même si des réserves, liées essentiellement aux limites des systèmes d'information sur certains aspects ou à la difficulté à apprécier la qualité des informations transmises par certains partenaires, demeurent, la Cour des comptes a certifié, pour la quatrième année consécutive l'exactitude et la sincérité des comptes de chacune des branches du régime général ainsi que de ceux des caisses nationales qui les établissent. De même, les comptes des régimes de base et des organismes concourant à leur financement, ainsi que ceux du FSV, ont tous été certifiés, pour la troisième année consécutive, par leurs commissaires aux comptes.

Le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse s'est réduit en 2016 en passant de -10,8 milliards d'euros en 2015 à -7,8 milliards d'euros en 2016. Cette amélioration des soldes du régime général a permis de poursuivre la résorption de la dette sociale, l'amortissement réalisé par la CADES en 2016 étant nettement supérieur au montant du déficit enregistré.

Article 2

[Approbation du rapport annexé sur les excédents ou déficits de l'exercice 2016 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 2016, 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 2016 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE

Dispositions relatives à l'exercice 2017

Article 3

[Rectification des dotations 2017 des branches maladie et AT-MP et prélèvement sur les recettes du Fonds CMU]

I. - La loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est ainsi modifiée :

1° L'article 57 est ainsi modifié :

a) Au I, le nombre : « 400 » est remplacé par le nombre : « 250 » ;

b) Au IV, le nombre : « 59,8 » est remplacé par le nombre : « 67,4 » ;

2° L'article 100 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le montant : « 44,4 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 59,4 millions d'euros » ;

b) Au deuxième alinéa, le montant : « 70 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 30 millions d'euros » ;

II. - En 2017, la recette du fonds mentionnée au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est réduite de 150 millions d'euros au profit de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code.

Exposé des motifs

La mesure proposée prévoit de porter de 70 millions d'euros à 30 millions d'euros le prélèvement sur les réserves du FEH au profit du FMESPP, soit une minoration du prélèvement de 40 millions d'euros au titre de 2017. Ce transfert nécessite de majorer de 15

millions d'euros supplémentaires (pour un total de 59,4 millions d'euros) la participation des régimes d'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2017.

S'agissant du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, selon les prévisions actualisées d'exécution, les dépenses d'indemnisation s'élèveraient à 384,4 millions d'euros en 2017 contre 450,9 millions d'euros en 2016. Ces éléments permettent de ramener la dotation de la branche AT-MP de 400 millions d'euros à 250 millions d'euros pour 2017, tout en maintenant un fonds de roulement satisfaisant d'un point de vue prudentiel.

Par ailleurs, la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a instauré un dispositif de départ en retraite anticipée à 60 ans en faveur des assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10% reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Ce dispositif est applicable depuis le 1er juillet 2011. Les dépenses supplémentaires liées à ce dispositif sont financées par le versement d'une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) du régime général au profit de la branche retraite. L'année 2017 fait apparaître un besoin de financement supérieur à la prévision initiale, notamment du fait de l'entrée en vigueur, au 1er octobre 2017, de l'ordonnance relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, qui prévoit un élargissement du dispositif. Ainsi, le besoin de financement de ce dispositif s'élève à 67,4 millions d'euros, montant intégrant des frais de gestion évalués à 0,7 million d'euros. La mesure vise à opérer cette rectification.

Le Fonds CMU a constitué d'importants excédents, ses capitaux propres s'élevant à 285 millions d'euros fin 2016, du fait d'une affectation de recette de taxe de solidarité additionnelle (TSA) supérieure à ses besoins de financement en 2016. Il est prévu de diminuer les recettes du fonds de 150 millions d'euros en 2017 afin de réduire ses excédents, au profit de la CNAMTS, autre affectataire de la TSA qui aurait donc dû bénéficier de cette recette fiscale si elle avait été mieux calibrée.

Article 4

[Suppression de la C4S]

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 241-3, les mots : « des contributions mentionnées aux articles L. 245-13, L. 245-13-1 et » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée à l'article » ;

2° La section 4 du chapitre V du titre IV du livre II est abrogée ;

3° À l'article L. 651-2-1, les mots : « et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés » sont remplacés par les mots : « , minoré des frais de recouvrement, est affecté » ;

4° À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 651-3, les mots : « par décret, dans la limite de 0,13 % » sont remplacés par les mots : « à 0,16 % » ;

5° Au troisième alinéa de l'article L. 651-5, le mot : « cumulé » et les mots : « et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 du présent code » sont supprimés ;

6° À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 651-5-3, après le mot : « télédéclaration » sont insérés les mots : « et de télérèglement ».

II. – Au 6° du 1 de l'article 39 du code général des impôts, les mots : « les contributions additionnelle et supplémentaire mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 245-13-1, ainsi que » sont supprimés.

III. – Le deuxième alinéa du III de l'article 112 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016 est supprimé.

Exposé des motifs

L'article vise à rationaliser la fiscalité applicable en matière de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Il s'agit tout d'abord de rétablir l'obligation de télé-règlement de la C3S, supprimée par la LFSS pour 2016 dans la perspective annoncée alors de

l'extinction de cette contribution. Ensuite, l'article prévoit la suppression de la contribution supplémentaire à la C3S, instituée par la LFSS pour 2017 : cette contribution supplémentaire, partiellement acquittée sous forme d'acompte versé en fin d'année, complexifie la fiscalité des entreprises et n'aurait pour effet qu'un gain temporaire pour les recettes de la sécurité sociale. Enfin, dans un même souci de simplification, il est proposé de fusionner la C3S actuelle et la contribution additionnelle à cette contribution, dont les modalités d'assiette, de recouvrement et d'affectation sont aujourd'hui strictement identiques mais qui constituent deux contributions juridiquement distinctes. Cette fusion, sans conséquence pour les redevables, renforcerait la lisibilité de la fiscalité qui leur est applicable.

Article 5

[Rectification des tableaux d'équilibre 2017]

Au titre de l'année 2017, 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)

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)

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)

3° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 14,8 milliards d'euros.

4° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites qui demeurent fixées conformément au III de l'article 41 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Exposé des motifs

En 2017, l'ensemble des branches du régime général voient leur résultat s'améliorer : le déficit de la CNAMTS est ramené à -4,1 milliards d'euros, soit son niveau le plus bas depuis 2001, tandis que les branches vieillesse, famille et accidents du travail et maladies professionnelles dégagent des excédents. Le déficit du Fonds de solidarité vieillesse se stabilise à -3,6 milliards d'euros.

Article 6

[Rectification de l'ONDAM et des sous ONDAM 2017]

Au titre de l'année 2017, 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)

Exposé des motifs

La progression de l'ONDAM 2017 a été fixée à 2,1% en loi de financement de la sécurité

sociale pour 2017, soit un niveau de dépenses de 190,7 milliards d'euros. Pour la huitième fois consécutive, cet objectif sera respecté, alors même que ce niveau d'ONDAM est historiquement bas et a nécessité la mise en œuvre d'importantes économies pour ralentir la progression spontanée très rapide des dépenses.

Troisième Partie

Dispositions Relatives aux recettes et à l'équilibre de la sécurité sociale pour l'exercice 2018

TITRE I : Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie

Chapitre 1 : Dispositions relatives au pouvoir d'achat des actifs

Article 7

[Suppression des cotisations sociales en contrepartie de la hausse de la CSG]

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

1° Le premier alinéa de l'article L. 131-9 est supprimé ;

2° Au deuxième alinéa du III de l'article L. 136-7-1, les taux : « 9,5% » et « 12% » sont respectivement remplacés par les taux : « 11,2% » et « 13,7% » ;

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

a) Au 1° du I, le taux : « 7,5% » est remplacé par le taux : « 9,2% » ;

b) Au 2° du I, le taux : « 8,2% » est remplacé par le taux : « 9,9% » ;

c) Au 3° du I, le taux : « 6,9% » est remplacé par le taux : « 8,6% » ;

d) Au 2° du II, le taux : « 6,6% » est remplacé par le taux : « 8,3% » ;

e) Au a du 4° du IV, le taux : « 6,05% » est remplacé par le taux : « 7,75% » ;

f) Au b du 4° du IV, le taux : « 5,75% » est remplacé par le taux : « 7,45% » ;

g) Au e du 4° du IV, le taux : « 5,15% » est remplacé par le taux : « 6,85% » ;

4° Au sixième alinéa de l'article L. 162-14-1, la référence : « L. 242-11 » est remplacée par les mots : « L. 613-1, L. 642-1 » ;

5° A l'article L. 171-2, les mots : « moyens correspondant aux cotisations versées » sont remplacés par les mots : « soumis à cotisations au sens de l'article L. 242-1 perçus » ;

6° Au 1° du II de l'article L. 241-2, le mot : « salariés » est remplacé par le mot : « employeurs » et les mots : « ainsi que par leurs employeurs » sont supprimés ;

7° L'article L. 242-11 est abrogé ;

8° Au sein du chapitre III du titre Ier du livre VI dans sa rédaction résultant de l'article [RR30] de la présente loi de financement de la sécurité sociale, et il est créé un article ainsi rédigé :

« Art. L. 613-1. – Le taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet, dans des conditions fixées par décret, d'une réduction dans la limite de 5,25 points. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 621-3 et L. 161-1-1. » ;

9° A l'article L. 313-1, les mots : « avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal » sont remplacés par les mots : « avoir perçu des rémunérations soumises à cotisations au sens de l'article L. 242-1 au moins égales » ;

10° L'article L. 382-22 est ainsi modifié :

a) Le 1° est abrogé ;

b) Les 2° et 3° deviennent les 1° et 2° ;

11° L'article L. 612-5 devient l'article L. 621-3 et est ainsi rédigé :

« Art. L. 621-3. – Le taux des cotisations mentionnées aux articles L. 621-1 et L. 621-2 dues par les travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet d'une réduction, dans la limite de 5 points, qui décroît à proportion de ces revenus, dans des conditions fixées par décret. Le bénéfice de cette réduction ne peut être

cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 613-1 et L. 161-1-1. »

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

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 731-25, les mots : « au dernier alinéa de l'article L. 242-11 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 613-1 » ;

2° Après le premier alinéa de l'article L. 731-35, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Le taux de la cotisation due pour la couverture des risques mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 732-3 par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant son activité à titre exclusif ou principal fait l'objet d'une réduction dans les conditions prévues à l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale. » ;

3° Au *a* du I de l'article L. 741-9, les mots : « et des assurés » sont supprimés.

III. – A. – Les I et II du présent article s'appliquent aux cotisations et contributions dues au titre des périodes intervenant à compter du 1^{er} janvier 2018, sous réserve des alinéas suivants.

B. – Le *b* du 3° du I du présent article s'applique aux faits générateurs intervenant à compter du 1er janvier 2018 sous les réserves suivantes :

1° Il ne s'applique pas :

a) Aux produits et primes de plans d'épargne populaire mentionnés au 4° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, pour la fraction acquise ou constatée au cours des huit premières années suivant leur ouverture ;

b) Aux produits des contrats d'assurance-vie visés au *c* du 3° du II du même article, pour la fraction de ces produits attachés à des primes versées avant le 26 septembre 1997 acquis ou constatés au cours des huit premières années suivant l'ouverture du contrat, pour ceux de ces contrats souscrits entre le 1er janvier 1990 et le 25 septembre 1997 ;

c) Aux produits mentionnés au C du présent III, lorsque ces produits ont déjà supporté les contributions et prélèvements sociaux mentionnés au 1° du C ;

2° Il s'applique aux produits acquis ou constatés à compter du 1er janvier 2018, pour ce qui concerne :

a) Le cas échéant, les produits mentionnés au D du présent III ;

b) Les intérêts des plans d'épargne-logement mentionnés au *a* du 2° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale ;

c) Les primes d'épargne mentionnées au 1° et 2° *bis* du II du même article attachées aux plans ou comptes souscrits avant le 28 septembre 2017 ;

d) Les produits mentionnés au 9° du II du même article.

C. - Au titre des faits générateurs intervenant à compter du 1er janvier 2018, pour les produits définis aux 1°, 2° *bis* et 4° à 8° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, à l'exception des produits ayant déjà supporté les contributions et prélèvements sociaux mentionnés à l'alinéa suivant, des intérêts mentionnés au 1° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale et des primes mentionnées au *c* du 2° du B du présent III, nonobstant les articles 5 et 9 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998, l'article 19 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, l'article 72 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'article 28 de la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion, l'article 6 de la loi n° 2010-1657 du 9 décembre 2010 de finances pour 2011, l'article 10 de la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011, l'article 2 de la loi n° 2012-354 du 14 mars 2012 de finances rectificative pour 2012 et l'article 3 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 :

1° L'assiette des contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L.

245-15 du code de la sécurité sociale, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 du code de la sécurité sociale, au 2° du I de l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article 16 de l'ordonnance n°

96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale pour son renvoi à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est celle définie au II du même article L. 136-7 ;

2° Les taux mentionnés au 2° du I de l'article L. 136-8, au I de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, au 2° du I de l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale s'appliquent à la totalité de l'assiette définie au II de l'article L. 136-7 du même code.

D. - Le C n'est pas applicable :

1° A la fraction des gains de plans d'épargne en actions mentionnés au 5° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, acquise ou constatée au cours des cinq premières années suivant leur ouverture, pour ceux de ces plans souscrits avant le 28 septembre 2017 ;

2° Au revenu mentionné au 6° du II du même article, acquis ou constaté au cours des périodes d'indisponibilité visées aux articles L. 3323-5 ou L. 3324-10 du code du travail, attaché à des sommes résultant de répartitions de la réserve spéciale de participation intervenant avant le 28 septembre 2017 ;

3° Au revenu mentionné au 7° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, attaché à un plan d'épargne pour la retraite collectif au sens du chapitre IV du titre III du livre III de la partie III du code du travail souscrit avant le 28 septembre 2017, ou attaché à un plan d'épargne entreprise au sens des chapitres II et III du titre III du livre III de la partie III du code du travail souscrit avant le 28 septembre 2017 pour la part de ce revenu acquise ou constatée au cours des cinq premières années suivant l'ouverture de ce plan.

IV. - Les contributions salariales prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail sont exonérées, dans la limite des contributions salariales dues, à hauteur de :

1° 1,45 point au titre des contributions dues au titre des périodes courant entre le 1^{er} janvier 2018 et le 30 septembre 2018 ;

2° 2,40 points au titre des contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} octobre 2018.

Pour le calcul de la contribution globale prévue à l'article L. 5422-24 du code du travail, les sommes collectées intègrent les montants donnant lieu à compensation au titre de l'exonération des contributions salariales prévue au présent IV.

V. - Pour l'année 2018, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale prend à sa charge la notification et le versement des produits correspondant au montant des contributions salariales mentionnées à l'article L. 5422-9 du même code dues au titre de ce même exercice à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, sans tenir compte de la réduction du taux de ces contributions mentionnée au III, déduction faite des frais de recouvrement qu'elle applique.

Les contributions mentionnées à l'alinéa précédent recouvrées en application du *b* et du *e* de l'article L. 5427-1 du code du travail et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du code de la sécurité sociale sont centralisées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale qui en assure le reversement et notifie les produits correspondants dans les conditions définies à l'alinéa précédent.

VI. - Le *c* de l'article L. 5427-1 du code du travail est abrogé.

VII. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, les dispositions du présent article ne donnent pas lieu à compensation intégrale du budget de l'Etat.

VIII. - Le *b* du 3° du I et le III du présent article sont applicables à Mayotte.

Exposé des motifs

Cet article met en œuvre une des mesures phare du programme présidentiel en matière de distribution de pouvoir d'achat. Elle permet un allègement sans précédent des prélèvements sur les revenus d'activité en supprimant le paiement de certaines cotisations sociales dues par les actifs.

Pour les travailleurs salariés, la mesure voulue par le Gouvernement vise à supprimer le paiement de la cotisation salariale d'assurance maladie (0,75 %) ainsi que dispenser du paiement des contributions d'assurance chômage (2,40 %), soit une baisse de prélèvements équivalente à 3,15 % de la rémunération brute, sans aucun impact sur les droits sociaux des intéressés. Cette mesure s'appliquera en deux temps au cours de l'année 2018 et se traduira en rythme de croisière par un gain de pouvoir d'achat de 263 euros (après prise en compte de la hausse de CSG) par an pour une personne rémunérée au SMIC ou de 526 euros pour un couple dont chacun des membres est rémunéré au SMIC. Le gain financier de cette mesure sera visible par tous les salariés sur leur fiche de paye dès le mois de janvier 2018. Pour les travailleurs indépendants, cette mesure se traduit par une quasi-suppression de la cotisation d'allocations familiales et par un accroissement de l'exonération des cotisations d'assurance maladie et maternité. En conséquence, 75 % des entrepreneurs bénéficieront d'une baisse de prélèvements équivalente à celle des salariés, tandis que la mesure sera neutre pour les 25 % les plus aisés.

Cet ensemble de mesures sera financé par l'augmentation du taux de la contribution sociale généralisée (CSG) de 1,7 point, qui s'appliquera à l'ensemble des revenus d'activité, de remplacement et du capital, à l'exception des allocations chômage et des indemnités journalières. En outre, parmi, les retraités, la hausse de CSG ne concernera que les pensionnés dont les revenus sont supérieurs au seuil permettant l'application d'un taux normal de CSG, soit les personnes ayant un revenu fiscal de référence (RFR) au moins égal à 14 375 euros par part, excluant ainsi de cette hausse les 40 % des retraités ayant les revenus les plus faibles. La hausse de la CSG sera par ailleurs compensée dès 2018 par la réduction d'un tiers du montant de la taxe d'habitation au bénéfice de 80 % des foyers, que les personnes soient actives ou retraitées, proposée dans le projet de loi finances pour 2018. Par ailleurs, pour les agents publics (contractuels et fonctionnaires), un dispositif de

compensation des effets de la hausse de la CSG sera mis en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2018, qui comprend notamment la suppression de la contribution exceptionnelle de solidarité actuellement acquittée au titre du financement solidaire du risque chômage. Au global, cette mesure conduit à redistribuer à terme plus de 7 milliards d'euros aux actifs. Cette bascule des cotisations vers la CSG, recette universelle, plus large puisque portant sur les revenus du travail, du capital et de remplacement, est une mesure de justice sociale qui est cohérente avec l'objectif d'une contribution équitable de l'ensemble des Français au financement de la protection sociale. Elle permet de soutenir le pouvoir d'achat des actifs grâce à la solidarité intergénérationnelle et par la juste contributivité des revenus du capital. À cet égard, dans un double objectif d'équité et de simplification, la hausse de taux globale des prélèvements sociaux sur les revenus du capital sera accompagnée d'une disposition mettant fin au mécanisme dit des « taux historiques » en ce qui concerne les revenus de placement. Similaire à celle adoptée en 2013 pour l'assurance-vie, cette mesure s'appliquera aux derniers produits d'épargne soumis à prélèvements sociaux pour lesquels ce mécanisme particulier est encore applicable (PEA, participation et intéressement principalement). Le calcul des prélèvements prendra en compte les taux en vigueur au moment du fait générateur de l'imposition et non plus ceux en vigueur à la date d'acquisition ou de constatation des produits. Ainsi, à compter de 2018, l'ensemble des produits seront soumis à des niveaux de prélèvements identiques. Des réserves sont toutefois prévues afin que les produits acquis au cours d'une période pour laquelle le dispositif fiscal et social garantissait le niveau des contributions applicables ne soient pas concernés par la mesure.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) centralisera, dans le cadre de ses missions de recouvreur des recettes de la sphère sociale, le reversement de la compensation à chaque organisme. S'agissant de l'UNEDIC, il est prévu une compensation à l'euro complètement transparente, puisque les URSSAF reverseront, de manière centralisée par le truchement de l'ACOSS, le montant exact des cotisations déclarées sans appliquer le montant de l'exonération. Ce mécanisme de compensation sera applicable uniquement pour l'année 2018, dans l'attente de l'issue des discussions sur l'avenir de

l'assurance chômage prévues en 2018. L'ensemble des opérations de réaffectations de recettes est détaillé dans l'étude d'impact relative à l'article [RR00].
En conséquence, grâce à la hausse de la CSG, l'absence d'incidence de cette mesure sur le financement de l'assurance chômage sera garantie en 2018, l'UNEDIC bénéficiant d'une prise en charge par le régime général de sécurité sociale des cotisations non recouvrées.
Chapitre 2 : Dispositions relatives à l'emploi et aux entrepreneurs

Article 8

[Renforcement des allègements généraux en contrepartie de la suppression du CICE]

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

1° Après l'article L. 241-2, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 241-2-1.* - Le taux des cotisations mentionnées au 1° du II de l'article L. 241-2 est réduit de 6 points pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les rémunérations ou gains n'excèdent pas 2,5 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article. » ;

2° L'article L. 241-13 est ainsi modifié :

a) Le I est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« I. - Les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les contributions mentionnées à l'article L. 834-1, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4, les contributions mentionnées au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, les 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 qui sont assises sur les rémunérations inférieures au salaire minimum de croissance majoré de 60 % font l'objet d'une réduction dégressive. » ;

b) Au cinquième alinéa, les mots : « définies au même article L. 242-1 » sont remplacés par les mots : « définies au sixième alinéa du présent article » ;

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

« La rémunération prise en compte pour la détermination du coefficient est celle définie à l'article L. 242-1. Toutefois, elle ne tient compte des déductions au titre de frais professionnels calculées forfaitairement en pourcentage de cette rémunération que dans des limites et conditions fixées par arrêté ministériel. » ;

d) Il est rétabli un VII ainsi rédigé :

« VII. - Le montant de la réduction est imputé, lors de leur paiement, sur les cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa du I respectivement déclarées d'une part aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et d'autre part aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en fonction de la part que représente le taux de ces cotisations et contributions, tel que retenu pour son établissement, dans la valeur maximale fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du III. » ;

e) Le VIII est abrogé ;

3° L'article L. 243-6-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est précédé par un « I » ;

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

« II. - Les dispositions prévues au I sont également applicables lorsque le cotisant est confronté aux interprétations contradictoires retenues par un ou plusieurs des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 d'une part et par une ou plusieurs des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 d'autre part concernant sa situation au regard de l'application des dispositions relatives à la réduction dégressive de cotisations sociales prévue à l'article L. 241-13 ou relative à tout point de droit dont l'application est susceptible

d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4. » ;

4° L'article L. 243-6-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est précédé par un : « I » ;

b) Au premier alinéa, après les mots : « aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 ne peuvent » sont insérés les mots : « demander à réaliser une rectification ou, lors d'un contrôle, » ;

c) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I portent sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

« III. - A compter du 1^{er} janvier 2019, un site internet présente l'ensemble des instructions et circulaires relatives à la législation applicable en matière d'allègements et de réductions de cotisations et contributions sociales mises à disposition des cotisants. » ;

5° Le premier alinéa du III de l'article L. 243-6-3 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle est également opposable, dans les mêmes conditions, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en tant qu'elle porte sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L.241-13 ou sur tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues aux titres des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4. » ;

6° Après l'article L. 243-6-5 sont insérés deux articles ainsi rédigés :

« Art. L. 243-6-6. - Lorsqu'une demande d'échéancier de paiement est adressée par un cotisant à un organisme mentionné à l'article L. 213-1 ou L. 752-4, cet organisme la communique, ainsi que sa réponse, à l'institution ou aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève.

« Dans les conditions déterminées par décret, l'octroi d'un échéancier de paiement par un organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 213-1 ou à l'article L. 752-4 emporte également le bénéfice d'un échéancier de paiement similaire au titre des cotisations à la charge de l'employeur restant dues, le cas échéant, aux titres des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

Lorsqu'il est statué sur l'octroi à une entreprise d'un plan d'apurement par plusieurs créanciers publics, l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 reçoit mandat de la ou des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève pour prendre toute décision sur les créances qui la ou qui les concernent, le cas échéant.

« Art. L. 243-6-7. - Une convention, approuvée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, est conclue entre un représentant des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

« Elle précise les modalités selon lesquelles les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et les institutions mentionnées à l'article L. 922-4 mettent à disposition des employeurs ou leur délivrent des informations de manière coordonnée, notamment, le cas échéant, les constats d'anomalies et les demandes de rectifications qu'ils adressent à la réception et à l'issue de l'exploitation des données de la déclaration mentionnée à l'article L. 133-5-3 et portant sur l'application de la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les

cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

« Elle précise les modalités selon lesquelles, pour permettre l'application des dispositions de l'alinéa précédent, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale valide les conditions selon lesquelles est effectuée par les organismes et institutions mentionnés à l'alinéa

précédent la vérification de l'exactitude et de la conformité à la législation en vigueur des déclarations mentionnées à l'article L. 133-5-3 s'agissant des points mentionnés à cet alinéa.

« Elle détermine notamment les modalités de coordination entre les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 et les institutions mentionnées à l'article L. 922-4 permettant un traitement coordonné des demandes et réclamations des cotisants ainsi que la formulation de réponses coordonnées, lorsque ces sollicitations portent sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

« Les organismes et institutions mentionnés à l'alinéa précédent utilisent les données d'un répertoire commun relatif à leurs entreprises cotisantes qui sont nécessaires à la mise en œuvre des dispositions du présent article. » ;

7° L'article L. 243-6-6 devient l'article L. 243-6-8 ;

8° Le deuxième alinéa de l'article L. 243-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les modalités de mise en œuvre des contrôles, de la phase contradictoire et des procédures amiables et contentieuses sont définies de manière à garantir aux entreprises une unicité de procédures applicable pour l'ensemble des cotisations contrôlées en application du présent article. »

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

Exposé des motifs

Entré en vigueur en 2013, le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) a constitué un apport indéniable à la reprise économique en soutien des entreprises. Toutefois, si une partie importante du dispositif a permis aux entreprises de reconstituer leurs marges, les effets sur l'emploi seraient relativement limités, tandis que les employeurs ont pu critiquer une certaine complexité du dispositif, qui réside essentiellement dans le mécanisme même d'imputation en année décalée du crédit d'impôt. En outre, malgré un effort important de baisses de charges menées dans le précédent quinquennat, il reste encore un nombre important de contributions sociales qui ne sont pas exonérées au SMIC, ce qui pèse encore sur le coût du travail.

Conformément aux orientations du programme présidentiel, le Gouvernement souhaite remédier à cette situation en transformant à compter de 2019 le CICE en baisse de cotisations sociales pérennes pour les entreprises et dont elles pourront bénéficier de façon immédiate.

Cette transformation prendra la forme, à compter du 1^{er} janvier 2019, d'un allègement permanent de cotisations sociales de 6 points pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC. En outre, le Gouvernement souhaite faciliter encore davantage l'embauche des salariés peu qualifiés et rémunérés au SMIC en renforçant le dispositif des allègements généraux d'environ 10 points afin d'exonérer totalement, au niveau du SMIC, des cotisations et contributions sociales acquittées par toutes les entreprises. Ce renforcement orienté vers les plus bas salaires portera sur les cotisations patronales dues au titre du risque chômage et de la retraite complémentaire. Cela représentera ainsi un renforcement d'un tiers des exonérations au niveau du SMIC rapprochant ainsi fortement le coût net d'un emploi de son coût brut en particulier pour les petites entreprises, ces dernières étant par ailleurs non soumise à plusieurs contributions sociales.

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 sans précédent aux employeurs.

Dans le secteur de l'économie sociale et solidaire qui ne bénéficiait pas du CICE, ces baisses de cotisations leur seront très favorables, y compris avec la suppression, également prévue, du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires dont le niveau est inférieur (4 %).

En conséquence, ces mesures représenteront à horizon 2019 une baisse de charges supplémentaires de près 1 800 euros par an et par salarié, lorsque celui-ci est payé au SMIC. L'ensemble des baisses de charges leur seront désormais accordées au moment du paiement des salaires, ce qui pourra les inciter à faire de nouvelles embauches ou à investir dans de nouveaux projets ou équipements.

Le présent article prévoit ainsi la mise en œuvre opérationnelle de ces nouvelles réductions de cotisations sociales. Les allègements généraux portant dorénavant à la fois sur les cotisations et contributions recouvrées par les URSSAF et celles recouvrées par les régimes complémentaires obligatoires, le présent article précise en outre les modalités de coordination entre les deux réseaux qui sont indispensables pour ne pas faire supporter par les employeurs les conséquences d'éventuelles discordances dans l'application concrète des allègements par les différents organismes.

Enfin, ce renforcement très significatif des allègements généraux de cotisations appelle un réexamen des autres dispositifs d'exonération ciblés (exonérations en outre-mer, dit LODEOM ; travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi, dit TO-DE ; exonérations zonées ; contrats aidés ou soutenus en faveur de l'insertion par l'activité économique) qui sera effectué de manière approfondie dans le cadre des lois financières pour 2019, en vue soit d'une révision soit d'une extinction de ces dispositifs dès lors que certains deviendront pour la plupart des bénéficiaires moins favorables que le droit commun.

Article 9

[Réforme de l'ACCRE et encouragement des petites activités]

I. - Au chapitre premier du titre III du livre premier du code de la sécurité sociale, il est créé une section VI intitulée « Exonération de début d'activité ». L'article L. 161-1-1 est déplacé dans cette section, devient l'article L. 131-6-4 et est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la première phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Les personnes qui créent ou reprennent une activité indépendante relevant de l'article L. 611-1 du présent code et de l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime ou, sous la forme d'une société et à condition d'en exercer effectivement le contrôle, selon les dispositions prévues aux 12° et 23° de l'article L. 311-3 du présent code ainsi qu'aux 8° et 9° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, bénéficient, pour une période et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixés par décret, d'une exonération des cotisations de sécurité sociale de bases dont elles sont redevables au titre de l'exercice de cette activité. » ;

2° Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le bénéfice de cette exonération ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 613-1 et 621-3.

« Une personne ne peut bénéficier de cette exonération pendant une période de trois années à compter de la date à laquelle elle a cessé d'en bénéficier au titre d'une activité passée. »

II. - Le chapitre 1^{er} du titre IV du livre 1^{er} de la cinquième partie du code du travail est ainsi modifié :

1° L'intitulé de la section 1 est remplacé par l'intitulé suivant : « Bénéficiaires de ces aides » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 5141-1, les mots : « Peuvent bénéficier des exonérations de cotisations de sécurité sociale prévues à l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité

sociale, » sont remplacés par les mots : « Peuvent bénéficier d'aides à la création ou à la reprise d'entreprise, dans les conditions prévues au présent chapitre, » ;
III. - Le présent article s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2019 pour les créations et reprises d'entreprise intervenues à compter de cette même date.

Exposé des motifs

Conformément aux engagements du programme présidentiel, le Gouvernement souhaite mettre en place des mesures d'allègement de charges en faveur des travailleurs indépendants qui s'engagent dans une aventure entrepreneuriale. Une « année blanche » pour tous les créateurs et repreneurs d'entreprises sera ainsi accordée afin de faciliter l'amorçage des nouvelles entreprises et de soutenir les modèles économiques encore fragiles.

La présente mesure vise à mettre en place à compter du 1er janvier 2019 un dispositif généralisé d'exonération de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale dont sont redevables les créateurs et repreneurs d'entreprise au titre de leur début d'activité. Cette exonération prendra la forme d'un élargissement des conditions d'éligibilité à l'exonération actuellement accordée aux seuls chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise (exonération ACCRE). Ce dispositif bénéficiera à tous les entrepreneurs ayant un revenu annuel net inférieur à 40 000 euros au titre de la première année d'activité. Pour les micro-entrepreneurs, l'exonération permettra un accompagnement dégressif sur trois ans du développement de leur activité.

En conséquence, ce sont plus de 350 000 créateurs d'entreprises qui seront à terme nouvellement bénéficiaires de cette exonération, en plus des 250 000 bénéficiaires actuels. Ce soutien est massif puisqu'il peut atteindre, par exemple, pour un travailleur indépendant ayant un revenu net de 30 000 euros au titre de sa première année d'activité une exonération de l'ensemble de ses cotisations sociales, soit un gain net de plus de 9 500 euros.

Cette mesure s'accompagne pour les entrepreneurs des mesures d'allègements pérennes de leurs prélèvements sociaux, qui permettront, non seulement de compenser le surcoût de la hausse de CSG mais également d'accorder du pouvoir d'achat net pour les trois-quarts des indépendants.

Un ensemble de mesures de simplification sera également octroyé dans le cadre de la transformation du RSI. Suite à l'adossement du RSI au régime général, les URSSAF désigneront pour chaque créateur d'entreprise un interlocuteur dédié, qui accompagnera personnellement l'entrepreneur dans la période de lancement de son activité. Il sera la porte d'entrée « unique » pour les questions relatives aux cotisations et assurera au besoin le relais avec les autres services. Enfin, cette réforme s'accompagne pour les micro-entrepreneurs, du doublement des plafonds de chiffres d'affaires pour bénéficier du régime micro-fiscal, prévue dans le projet de loi de finances pour 2018 et qui s'appliquera également au régime micro-social, permettant un accès facilité à ce statut.

Article 10

[Allègement des démarches des petits déclarants par la modernisation des titres simplifiés]

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

1° L'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Au 3°, après les mots : « Les particuliers » sont insérés les mots : « mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail » et les mots : « relevant du champ des services à la personne mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail » sont remplacés par les mots : « autres que ceux mentionnés au 4° » ;

b) Après le 7°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 8° Les particuliers qui font appel de manière ponctuelle, dans la limite d'un nombre d'heures fixé par décret, à d'autres particuliers pour des services, dont la liste est définie par décret, rendus à leur domicile ;

« 9° Les personnes dont l'activité consiste à mettre en relation un particulier et un salarié, un stagiaire, un accueillant familial ou une personne mentionnée au 8°, lorsqu'elles sont mandatées pour effectuer les démarches mentionnées aux articles L. 133-5-7 et L. 133-5-8.

» ;

2° L'article L. 133-5-7 du même code est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « employeurs » est remplacé par les mots : « personnes les utilisant » ;

b) Au 2°, après le mot : « Satisfaire » sont insérés les mots : « , le cas échéant, » ;

3° L'article L. 133-5-8 du même code est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

- les mots : « Tout employeur » sont remplacés par les mots « Toute personne » ;

- après le mot : « utilisant », le mot : « les » est remplacé par les mots : « un des » ;

- le mot : « tenu » est remplacé par le mot : « tenue » ;

- après les mots : « à l'identification du ou des salariés, » sont ajoutés les mots : « du stagiaire aide familial placé au pair, de l'accueillant familial ou du particulier mentionné au 8° de l'article L. 133-5-6 qui a effectué une prestation, » ;

- les mots : « au titre de l'emploi du salarié » sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette personne est tenue de procéder, au plus tard à une date fixée par décret, à la déclaration des rémunérations dues au titre de chaque mois au cours duquel une activité a été effectuée par une des personnes visées à l'alinéa précédent. » ;

c) Le troisième alinéa est ainsi modifié :

- les mots : « L'employeur » sont remplacés par les mots : « La personne » ;

- après les mots : « et son salarié » sont insérés les mots « , son aide familial placé au pair ou son accueillant familial le cas échéant » ;

d) Après le troisième alinéa est inséré l'alinéa suivant :

« Lorsque la personne recourt à un particulier mentionné au 8° de l'article L. 133-5-6, un décompte des cotisations et contributions sociales est adressé par voie dématérialisée aux deux intéressés. » ;

e) Le quatrième alinéa devient le cinquième alinéa et est ainsi modifié :

- le mot : « deux » est supprimé ;

- les mots : « employeurs mentionnés » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées » ;

- les références : « 3°, 5° et 6° » sont remplacées par les références : « 3°, 5°, 6° et 7° » ;

- les mots : « et les particuliers mentionnés au 7° du même article L. 133-5-6 » sont supprimés ;

- les mots : « sur demande » sont remplacés par les mots : « après demande formulée » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 133-5-10 du même code est ainsi modifié :

a) Au début de la phrase, sont ajoutés les mots : « Sous réserve des adaptations particulières fixées par voie réglementaire, » ;

b) Le mot : « employeurs » est remplacé par le mot : « personnes ».

II. - Après le 35° de l'article L. 311-3 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 36° Les particuliers mentionnés au 8° de l'article L. 133-5-6 qui effectuent une prestation pour un autre particulier. Ces particuliers sont informés par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 qu'ils peuvent être tenus, le cas échéant, d'effectuer des formalités auprès d'autres administrations ou organismes pour exercer leur activité dans les conditions prévues par la législation en vigueur. »

III. - L'article L. 1271-2 du code du travail est abrogé.

IV. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

La mesure vise à poursuivre la modernisation et l'extension des offres de titres simplifiés pour les petits déclarants, et plus particulièrement les particuliers qui exercent une activité

au domicile d'autres particuliers et qui sont actuellement, en raison de leur type d'activité ou du cadre dans lequel ils exercent, non éligibles au chèque emploi service universel (CESU). Cette mesure, en facilitant les démarches sociales réalisées par les particuliers, permettra d'améliorer les droits sociaux des bénéficiaires tout en mettant à disposition de ces « petits déclarants » une offre de service adaptée facilitant la déclaration de leur activité auprès des Urssaf.

Article 11

[Suppression du régime social des indépendants et modification des règles d'affiliation à la CNAVPL]

[Champ du régime général]

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

Les quatre premiers alinéas de l'article L. 200-1 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Le régime général de sécurité sociale couvre :

« 1° D'une part, au titre des assurances sociales telles que définies à l'article L. 311-1, les personnes salariées ou assimilées visées aux articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6, L. 381-1, L. 382-1 et L. 382-31 et d'autre part, pour le versement des prestations en espèces au titre des assurances maladie, maternité, paternité et vieillesse, les personnes non salariées visées respectivement aux articles L. 611-1 et L. 631-1 ;

« 2° Au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les personnes visées aux articles L. 412-1, L. 412-2 et L. 412-9 ;

« 3° Au titre des prestations familiales, les personnes visées à l'article L. 512-1 ;

« 4° Au titre de la protection universelle maladie, telle que définie à l'article L. 160-1, les personnes mentionnées au 1° et aux articles L. 381-4, L. 381-20, L. 381-25, L. 381-30 ainsi que les personnes inactives rattachées aux organismes du régime général en application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 160-17. » ;

Les cinq derniers alinéas de l'article L. 200-2 sont supprimés ;

A l'article L. 200-3, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés par deux fois ;

L'article L. 211-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 211-1.* - Les caisses primaires d'assurance maladie assurent le service des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité, invalidité, décès et d'accidents du travail et maladies professionnelles dont bénéficient dans leur circonscription les assurés salariés et non-salariés, ainsi que les autres personnes mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 200-1. » ;

L'article L. 213-1 est ainsi modifié

a) Au 1°, le mot : « assurés » est remplacé par les mots : « salariés ou assimilés » ;

b) Au 3°, les mots : « Avec les caisses de base du régime social des indépendants, le recouvrement » sont remplacés par les mots : « Le recouvrement » et les mots : « dans les conditions prévues aux articles L. 133-1-2, L. 133-1-3 et L. 133-5-2 » sont remplacés par les mots : « autres que celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3 » ;

c) Après le 6°, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° La mise en œuvre des décisions prises par les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants

qui éprouvent des difficultés pour régler leurs cotisations et contributions sociales. » ;

Après le 4° de l'article L. 215-1, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Mettent en œuvre les décisions prises par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants en vue de leur retraite ; »

L'article L. 221-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés et la phrase est complétée par les mots : « , et des données relatives aux services rendus aux travailleurs indépendants. » ;

L'article L. 221-3-1 est ainsi modifié :

a) Au dixième alinéa, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;

b) Le dernier alinéa est complété par les mots suivants : « ainsi que, s'agissant des travailleurs indépendants, du service rendu à ces assurés au conseil mentionné à l'article L. 612-1. » ;

L'article L. 222-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « d'assurance vieillesse » sont insérés les mots : « gère la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, » ;

b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux » ;

c) Au 2°, après les mots : « des travailleurs salariés » sont insérés les mots : « et des non-salariés » ;

d) Le 4° est complété par les dispositions suivantes : « et de mettre en œuvre, pour les travailleurs indépendants, les décisions prises dans le même domaine par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ; » ;

e) Au 5°, les mots : « des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « du régime général » ;

f) Le 6° est abrogé ;

L'article L. 223-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « des allocations familiales » sont insérés les mots : « gère la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, » ;

b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux » ;

c) Le 4° est abrogé ;

A l'article L. 225-1-1, le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° De définir, pour les travailleurs salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux. » ;

A l'article L. 227-1, après le dixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions relatives aux branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et celle relative aux organismes du régime général chargés du recouvrement identifient les objectifs, actions dédiés au service des prestations et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants. » ;

Le chapitre III du titre III est intitulé : « Dispositions propres au service des prestations et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants » ;

Il est créé un article L. 233-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 233-1.* - Les missions que les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 215-1, L. 222-1, L. 225-1 et L. 752-4 exercent auprès des travailleurs indépendants le sont dans le cadre d'un schéma stratégique d'organisation établi conjointement par les directeurs des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 222-1 et approuvé par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Celui-ci fixe les orientations et les modalités d'organisation permettant d'assurer une bonne articulation des activités réalisées auprès des travailleurs indépendants des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 215-1 et L. 752-4 qui le nécessitent, notamment l'accueil et l'accompagnement des assurés, la réception de leurs demandes, l'instruction de leurs demandes d'action sociale, l'enregistrement et la fiabilisation des droits futurs que le paiement de leurs cotisations permet d'ouvrir et permettant de sécuriser l'atteinte des objectifs de qualité de service fixés par les conventions mentionnées à l'article L. 227-1 en ce qui concerne les assurés mentionnés ci-dessus. »

[*Refonte du livre 6*]

- - Le livre VI du code de la sécurité sociale est intitulé : « Dispositions applicables aux non-salariés » et est ainsi modifié :

1° Le titre I^{er} est intitulé : « Dispositions générales », son premier chapitre est intitulé :

« Champ d'application » et la subdivision de ce dernier en sections est supprimée ;

2° L'article L. 613-1 devient l'article L. 611-1 et son premier alinéa est ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions de l'article L. 671-1, les dispositions du présent livre s'appliquent aux personnes suivantes : » ;

3° Le chapitre II du même titre est intitulé : « Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants » et sa subdivision en sections est supprimée ;

4° Les articles L. 612-1 à L. 612-8 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 612-1.* – Le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants a pour rôle :

« 1° De veiller, sans préjudice des prérogatives des organismes mentionnés aux articles L. 641-1 et L. 723-1, à la bonne application aux travailleurs indépendants des règles du présent code relatives à leur protection sociale et à la qualité du service rendu aux travailleurs indépendants par les organismes assurant le recouvrement des cotisations et le service des prestations ;

« 2° De déterminer des orientations générales relatives à l'action sanitaire et sociale déployée spécifiquement en faveur des travailleurs indépendants ; ces orientations sont soumises pour approbation à l'autorité compétente de l'Etat ;

« 3° De piloter le régime complémentaire d'assurance vieillesse obligatoire et le régime invalidité-décès des travailleurs indépendants et la gestion du patrimoine y afférent ;

« 4° D'animer, coordonner et contrôler l'action des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants.

« Le conseil peut faire au ministre chargé de la sécurité sociale toutes propositions de modification législative ou réglementaire dans son domaine de compétence. Il peut être saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale de toute question relative à la protection sociale des travailleurs indépendants. Il est saisi pour avis des projets de loi de financement de la sécurité sociale et des projets de mesures législatives ou réglementaires lorsque celles-ci concernent spécifiquement la sécurité sociale des travailleurs indépendants.

« Les organismes mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 rendent compte au moins une fois par an de la qualité de service rendu aux travailleurs indépendants. Le conseil national rend un avis sur la qualité de ces services et formule, le cas échéant, des recommandations d'évolution ou d'amélioration de ceux-ci.

« Le conseil peut en outre formuler des recommandations relatives à la mise en œuvre par les organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 d'actions de prévention menées plus particulièrement à destination des travailleurs indépendants.

« Le conseil formule également des propositions relatives notamment à la politique de services rendus aux travailleurs indépendants, qui sont transmises aux caisses nationales du régime général en vue de la conclusion des conventions d'objectifs et de gestion prévues à l'article L. 227-1.

« *Art. L. 612-2.* - Le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants est un organisme de droit privé doté de la personnalité morale.

« Il est doté d'une assemblée générale délibérante et d'un directeur nommé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« Il dispose également d'instances régionales dans les conditions définies à l'article L. 612-4.

« Les dispositions des articles L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 272-1, L. 272-2-1, L. 281-1 et L. 281-3 s'appliquent au conseil et aux membres de son assemblée générale et de ses instances régionales. Les délibérations de l'assemblée générale et de ses instances régionales sont respectivement soumises à l'application des dispositions des articles L. 224-10 et L. 1511.

« *Art. L. 612-3.* - L'assemblée générale du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants comprend :

« 1° Des représentants des travailleurs indépendants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de ces travailleurs ;

« 2° Des personnalités qualifiées, désignées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« L'Etat est représenté auprès du conseil d'administration par des commissaires du gouvernement.

« Participent également aux réunions, en fonction de l'ordre du jour, les directeurs ou

directeurs généraux des organismes mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 ou leurs représentants.

« Au sein du conseil ou du conseil d'administration de ces mêmes organismes, un membre de l'assemblée générale, désigné par celle-ci, représente le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. Il dispose dans ce conseil ou ces conseils d'administration d'une voix consultative. L'assemblée générale procède aux autres désignations nécessaires à la représentation des travailleurs indépendants dans les instances ou organismes au sein desquels ceux-ci sont amenés à siéger.

« *Art. L. 612-4.* - Les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants sont composées de représentants des travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles représentatives de ces travailleurs.

« Le ressort géographique de ces instances est la circonscription administrative régionale en métropole et à La Réunion. Toutefois, une délibération de l'assemblée générale mentionnée à l'article L. 612-3 peut prévoir qu'une instance régionale couvre plusieurs de ces circonscriptions. Une instance unique est mise en place pour les autres collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

« Les instances régionales décident de l'attribution des aides et prestations individuelles en matière d'action sanitaire et sociale accordées aux travailleurs indépendants dans le cadre des orientations définies par le conseil mentionné à l'article L. 612-1. Les demandes sont déposées auprès des organismes locaux et régionaux du régime général, qui les instruisent, saisissent les instances régionales pour décision et procèdent au paiement des aides et prestations.

« Au sein des conseils et conseils d'administration des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 213-1, L. 215-1, L. 215-5, L. 216-5 et L. 752-4, un membre de l'instance régionale de la protection sociale des travailleurs indépendants de la région dans laquelle se situe ces caisses, désigné par cette instance, représente le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. Il dispose dans ces conseils et conseils d'administration d'une voix consultative. Les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants procèdent aux autres désignations nécessaires à la représentation des travailleurs indépendants dans les instances ou organismes au sein desquels ceux-ci sont amenés à siéger.

« Les instances régionales désignent en outre un médiateur chargé d'accompagner dans leur circonscription les travailleurs indépendants amenés à former une réclamation relative au service de leurs prestations de sécurité sociale ou au recouvrement de leurs cotisations par les organismes du régime général.

« *Art. L. 612-5.* - Les dépenses nécessaires à la gestion administrative du conseil mentionné à l'article L. 612-1, d'une part, et celles nécessaires à la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale mentionnée au 2° du même article, d'autre part, sont couvertes par des dotations annuelles attribuées par les branches mentionnées au 1° et au 3° de l'article L. 200-2 et les régimes mentionnés aux articles L. 635-1 et L. 635-5.

« Le montant global de chacune des deux dotations est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après avis du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.

« Le conseil mentionné à l'article L. 612-1 procède à la répartition de la dotation nécessaire à la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale mentionnée au 2° du même article

attribuée à chaque instance régionale.

« Un décret fixe les modalités de répartition de ces dotations entre les branches et régimes mentionnés au premier alinéa.

« *Art. L. 612-6.* - Peuvent désigner des membres au sein des instances mentionnées aux articles L. 612-3 et L. 612-4 en application, respectivement, du 1° et du premier alinéa de ces deux articles, les organisations qui en expriment la demande, lorsqu'elles remplissent cumulativement les critères suivants :

« 1° Le respect des valeurs républicaines ;

« 2° L'indépendance ;

« 3° La transparence financière ;

« 4° Une ancienneté minimale de deux ans. Cette ancienneté s'apprécie à compter de la date de dépôt légal des statuts ;

« 5° L'influence, prioritairement caractérisée par l'activité et l'expérience ;

« 6° L'audience, qui se mesure en fonction du nombre de travailleurs indépendants volontairement adhérents.

« Un décret en conseil d'Etat précise les conditions d'appréciation de ces critères, les modalités de recueil et d'examen des candidatures préalables à ces désignations et la règle permettant d'établir, sur la base de l'audience mentionnée au 6°, le nombre de membres que chaque organisation peut désigner pour siéger dans les instances mentionnées aux articles L. 612-3 et L. 612-4. » ;

5° Le chapitre III du même titre est ainsi modifié :

a) Il est intitulé : « Dispositions relatives au financement communes à l'ensemble des indépendants » ;

b) Sa section première est intitulée : « Cotisations d'allocations familiales » et sa subdivision en sous-sections est supprimée ;

c) Sa section 2 est intitulée : « Modernisation et simplification des formalités », sa subdivision en sous-sections est supprimée et sont insérés dans cette section les articles L. 613-2 à L. 613-5 tels qu'ils résultent des d à g du présent 5° ;

d) L'article L. 133-5-2 devient l'article L. 613-2 ;

e) L'article L. 133-6-7 devient l'article L. 613-3 et les mots : « Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole mentionnée » sont remplacés par les mots : « Les travailleurs indépendants mentionnés » ;

f) L'article L. 133-6-7-1 devient l'article L. 613-4 et à cet article, les mots : « au régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « à la sécurité sociale » ;

g) L'article L. 133-6-7-2 devient l'article L. 613-5 et est ainsi modifié :

- au premier alinéa les mots : « non agricoles » sont supprimés ;

- au quatrième alinéa, la référence : « L. 613-7-1 » est remplacée par la référence : « L. 613-9 » ;

h) Sa section 3 est intitulée : « Dispositions diverses » et sa subdivision en sous-sections est supprimée ;

i) L'article L. 131-6-3 devient l'article L. 613-9, il est inséré dans la section mentionnée au h

et est ainsi rédigé :

« *Art. L. 613-9.* - Sauf demande contraire de la part des travailleurs indépendants effectuée dans des conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisations prévus aux L. 621-1, L. 622-2 et L. 633-1 et, pour les professions libérales, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, aux articles L. 644-1 et L. 644-2 ne sont pas applicables (... le reste sans changement) » ;

6° Le chapitre V du même titre est intitulé : « Contrôle et sanctions », sa subdivision en sections est supprimée et sont insérés dans ce chapitre les articles L. 615-1 à L. 615-5 tels qu'ils résultent des *a* à *e* du présent 6° ;

a) L'article L. 652-7 devient l'article L. 615-1 ;

b) L'article L. 637-1 devient l'article L. 615-2 et est ainsi modifié :

- au premier alinéa, après les mots : « personnes » sont insérés les mots : « mentionnées à l'article L. 611-1 » ;

- au dernier alinéa, les mots : « du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « d'assurance maladie et maternité et d'assurance vieillesse auprès desquelles sont affiliés les travailleurs indépendants » ;

c) L'article L. 637-2 devient l'article L. 615-3 ;

d) L'article L. 652-4 devient l'article L. 615-4 et son premier alinéa est ainsi modifié :

- les mots : « toute personne légalement tenue » sont remplacés par les mots : « tout travailleur indépendant légalement tenu » ;

- les mots : « institué par le présent livre » sont supprimés ;

- il est complété par la phrase : « Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les contrats d'assurance complémentaire en matière de santé. » ;

e) Il est complété par un article L. 615-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 615-5.* – Les dispositions du chapitre VII du titre VII du livre III sont applicables aux prestations servies aux bénéficiaires du présent livre. » ;

7° Le titre II est intitulé : « Assurance maladie, maternité » ;

8° Le chapitre I^{er} de ce titre est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Chapitre I^{er}*

« ***Cotisations***

« *Art. L. 621-1.* - Au titre de la couverture des risques d'assurance maladie et maternité, les travailleurs indépendants entrant dans le champ d'application des dispositions de l'article L. 622-1 sont redevables d'une cotisation assise sur leurs revenus d'activité selon les modalités prévues aux articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8, dont le taux est fixé par décret.

« Ce taux peut être réduit par décret, sans pouvoir être inférieur au taux fixé à l'article L. 621-2, pour la fraction de ces revenus qui dépasse un plafond fixé par décret.

« Pour les travailleurs indépendants ne relevant pas des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8 dont les revenus sont inférieurs à un montant fixé par décret, cette cotisation est

calculée sur ce montant. Dans ce cas, le taux mentionné au premier alinéa fait l'objet d'une réduction qui décroît, dans des conditions fixées par décret, en fonction des revenus des personnes concernées. Le bénéfice de cette réduction s'ajoute à celui de la réduction mentionnée à l'article L. 621-3 sans que le total des deux réductions puisse excéder la valeur du taux fixé à l'article L. 621-2.

« *Art. L. 621-2.* - Les travailleurs indépendants qui n'entrent pas dans le champ des dispositions de l'article L. 622-1 sont redevables pour la couverture des risque maladie et maternité d'une cotisation assise sur leurs revenus d'activité dont le taux est fixé par décret dans la limite de celui mentionné au premier de l'article L. 621-1. » ;

9° Le chapitre II du même titre est ainsi modifié :

a) Il est intitulé : « Prestations maladie en espèces » ;

b) L'article L. 622-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 622-1.* - Sous réserve d'adaptation par décret, les assurés mentionnés au présent livre excepté ceux mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1 bénéficient en cas de maladie de prestations en espèces qui sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies aux articles L. 321-1, L. 321-2, L. 321-3, L. 323-1, L. 323-3, L. 323-3-1, L. 323-6 et L. 323-7. »

c) L'article L. 613-20 devient l'article L. 622-2, est inséré dans ce chapitre et est ainsi modifié :

- les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Les prestations supplémentaires peuvent être instituées, modifiées ou supprimées par décret pour une ou plusieurs catégories de professions libérales sur proposition conjointe du conseil national de la protection sociale des travailleurs indépendants et des sections professionnelles mentionnées à l'article L. 641-1 correspondantes ou, s'agissant des avocats, du conseil d'administration de la caisse nationale des barreaux français. Dans ce cas, l'équilibre financier est assuré dans le cadre des catégories professionnelles correspondantes. » ;

- au dernier alinéa, les mots : « , dans les conditions précisées à l'article L. 612-13 » sont remplacés par les mots : « recouvrées dans les mêmes conditions que les cotisations mentionnées à l'article L. 621-2. » ;

d) L'article L. 613-8 devient l'article L. 622-3 et est inséré dans ce même chapitre ;

10° Le chapitre III du même titre est ainsi modifié :

a) Il est intitulé : « Assurance maternité », sa subdivision en sections est supprimée et y sont transférés les articles L. 623-1 à L. 623-4 tels qu'ils résultent des *b* à *e* du présent 10° ;

b) L'article L. 613-19 devient l'article L. 623-1 et, aux deux occurrences, les mots : « régime institué par le » sont supprimés ;

c) L'article L. 613-19-1 devient l'article L. 623-2 et les mots : « régime institué par le » sont supprimés ;

d) L'article L. 613-19-2 devient l'article L. 623-3 et les mots : « régime institué au » sont supprimés ;

e) L'article L. 613-19-3 devient l'article L. 623-4 et est ainsi modifié :

- les mots : « du régime d'assurance » sont remplacés par les mots : « de l'assurance » ;

- la référence : « L. 613-8 » est remplacée par la référence : « L. 622-3 » et les mots : « L. 613-19 et L. 613-19-1 » sont remplacés par les mots : « L. 623-1 et L. 623-2 » ;

f) A l'article L. 613-21, les mots : « L. 217-1, L. 160-11 » et les mots : « et organismes » sont supprimés ;

11° Le titre III est intitulé : « Assurance invalidité et assurance vieillesse » ;

12° Le chapitre premier du même titre est ainsi modifié :

a) Il est intitulé : « Champ d'application » ;

b) Il est créé dans ce chapitre un article L. 631-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 631-1.* – Les dispositions du présent titre s'appliquent aux travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 qui ne relèvent pas des régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1. » ;

13° Le chapitre II du même titre est ainsi modifié :

a) Il est intitulé : « Assurance invalidité et décès » et y sont insérés les articles L. 632-1 à L. 632-4 tels qu'ils résultent des *b* à *e* du présent 13° ;

b) L'article L. 635-5 devient l'article L. 632-1, à son premier alinéa, les mots : « au 2° de l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 631-1 », après les mots : « des caisses » sont insérés les mots : « d'assurance maladie à laquelle elles sont rattachées » et les mots : « le régime concerné » sont remplacés par les mots : « leur régime » ;

c) L'article L. 635-6 devient l'article L. 632-2 et, à cet article, les mots : « caisse nationale compétente » sont remplacés par les mots : « conseil mentionné à l'article L. 6121 » ;

d) Il est inséré un article L. 632-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 632-3.* - Le service des prestations mentionnées à la présente section est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la caisse nationale d'assurance maladie, aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4. » ;

e) L'article L. 635-6 devient l'article L. 632-4 et les mots : « un règlement de la caisse nationale compétente » sont remplacés par les mots : « un règlement du conseil national de la protection sociale des travailleurs indépendants ».

14° Le chapitre III du même titre est ainsi modifié :

a) Il est intitulé : « Cotisations d'assurance vieillesse » et sa subdivision en sections est supprimée ;

b) L'article L. 633-10 devient l'article L. 633-1, est inséré dans ce chapitre et est ainsi rédigé :

« *Art. L. 633-1.* - Les cotisations d'assurance vieillesse dues par les travailleurs indépendants ne relevant pas du dispositif prévu à l'article L. 133-6-8 sont assises pour partie sur le revenu d'activité, dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3, et pour partie sur la totalité du revenu d'activité. La somme des taux de ces cotisations est égale à la somme des taux fixés en application des deuxième et quatrième alinéas du même article L. 241-3. Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. » ;

c) A l'article L. 633-11, les mots : « par le régime prévu au titre I^{er} du présent livre » sont

remplacés par les mots : « au titre de l'assurance vieillesse prévue par les dispositions du présent titre » ;

Le chapitre IV du même titre est ainsi modifié :

a) Il est intitulé : « Prestations d'assurance vieillesse »

b) L'article L. 634-2 est ainsi modifié :

- au premier alinéa, les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « d'assurance vieillesse dont bénéficient les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;

- au second alinéa, la référence : « L. 633-10 » est remplacée par la référence : « L. 6331 » ;

c) A l'article L. 634-3-1, les mots : « du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;

d) Au premier alinéa de l'article L. 634-6, les mots : « du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;

Le chapitre V est ainsi modifié :

a) Il est intitulé : « Assurance vieillesse complémentaire » et sa subdivision en sections est supprimée ;

b) L'article L. 635-1 est ainsi modifié :

- les mots : « Toute personne relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « Les personnes mentionnées à l'article L. 631-1 » ;

- au second alinéa, les mots : « Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « Le régime mentionné au premier alinéa » ;

- les deuxième et troisième alinéas sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« La couverture des charges est assurée par des cotisations calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8.

« Les cotisations dues par les travailleurs indépendants ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont calculées, dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3, sur la base de tranches de revenu d'activité déterminées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. Un décret peut prévoir, sous certaines conditions, que ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant qu'il fixe. » ;

- au dernier alinéa, les mots : « le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants » ;

c) L'article L. 635-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 635-4.* - Les chauffeurs de taxi non-salariés ayant adhéré, dans le cadre de la loi n° 56-659 du 6 juillet 1956 sur l'assurance vieillesse des chauffeurs de taxis, à l'assurance volontaire du régime général de sécurité sociale sont affiliés au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse prévu au présent chapitre. Un décret fixe les conditions d'application du présent article et notamment les modalités de validation des périodes

d'activité ou assimilées, antérieures à sa date d'entrée en vigueur. » ;

d) La section 1 est complétée par un article L. 635-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 635-4-1.* - Le service des prestations mentionnées à la présente section est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la caisse nationale d'assurance vieillesse, aux organismes mentionnés aux articles L. 215-5 et L. 752-4. » ;

Le titre IV est ainsi modifié :

a) L'article L. 640-1 est ainsi modifié :

- le 1° est complété par les mots : « psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes ; » ;

- au 2°, les mots : « artiste non mentionné à l'article L. 382-1, ingénieur-conseil, architecte, géomètre, » et le mot : « vétérinaire » sont supprimés ;

- les deux derniers alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 3° Architecte, géomètre, ingénieur-conseil ;

« 4° Artiste non mentionné à l'article L. 382-1 ;

« 5° Vétérinaire ;

« 6° Moniteur de ski titulaire d'un brevet d'Etat ou d'une autorisation d'exercer mettant en œuvre son activité dans le cadre d'une association ou d'un syndicat professionnel, quel que soit le public auquel il s'adresse. » ;

b) L'article L. 641-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions des articles L. 216-1 et L. 231-5, du 1° de l'article L. 231-6-1 et des articles L. 231-12, L. 256-3, L. 272-1, L. 272-2, L. 273-1, L. 281-1, L. 281-3, L. 355-2, L. 355-3 et L. 377-2 sont applicables à ces organismes. » ;

c) Le chapitre premier est complété par une section 3 intitulée : « Contrôle et sanctions » ;

d) L'article L. 652-6 devient l'article L. 641-8, est inséré dans la section mentionnée au *b* et à son premier alinéa les mots : « non agricoles » sont supprimés et le mot : « livre » est remplacé par le mot : « titre » ;

e) La section 2 du chapitre 2 est complétée par un article L. 642-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 642-6.* - Sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application du présent titre et sous réserve des dispositions particulières dudit titre, les articles L. 243-4, L. 243-5, L. 243-6-2, L. 243-9, L. 243-11, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7 et L. 244-8-1 à L. 244-14. » ;

f) L'article L. 133-6-10 devient, au sein de la section première du chapitre III, l'article L. 643-0 et est ainsi modifié :

- au premier alinéa la référence : « L. 133-6-9 » est remplacée par la référence : « L. 243-6-3 » ;

- le deuxième alinéa est supprimé ;

La section IV du chapitre III est complétée par un article L. 643-10 ainsi rédigé :

« *Art. L. 643-10.* - Des décrets en conseil d'Etat déterminent, après avis du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée, la structure des organisations, leurs règles de fonctionnement ainsi que le mode d'élection des membres des conseils d'administration de leurs caisses ou sections de caisses. » ;

Le livre VI est complété par un titre VII rédigé comme suit :

a) Le titre est intitulé : « Dispositions applicables aux conjoints collaborateurs » et comporte un chapitre unique intitulé : « Affiliation » ;

b) L'article L. 622-8 devient l'article L. 611-2 et, à cet article, les mots : « au régime d'assurance vieillesse auquel » sont remplacés par les mots : « aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès auxquels » ;

20° Le livre VI est complété par un titre VIII ainsi rédigé :

« *Titre VIII*

« ***Dispositions d'application***

« *Art. L. 681-1.* - Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du livre VI. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat. »

[Mesures relatives au service des prestations maladie]

- - 1° La deuxième phrase du troisième alinéa et la troisième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 160-17 du même code sont supprimées ;

2° L'article L. 611-20 est abrogé.

[Dispositions relatives à la coordination entre régimes et au maintien de droit]

- - Les chapitres VI et VII du livre I^{er} du même code sont ainsi modifiés :

1° L'article L. 161-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 161-8.* - Tant qu'elles continuent de remplir les conditions de résidence et de séjour mentionnées à l'article L. 111-2-3 et ne viennent pas à justifier de nouveau des conditions d'ouverture du droit aux mêmes prestations dans ce régime ou un autre régime, les personnes qui cessent de remplir les conditions d'activité requises pour l'affiliation à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès d'un régime dont elles relevaient jusqu'alors bénéficient du maintien de leur droit aux prestations en espèces pour ces risques pendant une durée déterminée par décret. Cette durée est prolongée, dans des conditions fixées par décret, pour les personnes qui relèvent des dispositions de l'article L. 5411-1 du code du travail. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 161-18, les mots : « un régime d'assurance vieillesse de salariés ou le régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « le régime général et le régime des salariés agricoles » ;

3° A l'article L. 162-14-1, les mots : « L. 242-11, L. 612-1 » sont remplacés par les mots : « L. 613-1, L. 621-2 » ;

4° Le chapitre I^{er} du titre VII est intitulé : « Dispositions générales » et sa subdivision en sections est supprimée ;

5° L'article L. 613-4 devient l'article L. 171-2-1 et est ainsi rédigé :

« *Art. L. 171-2-1.* - Les personnes exerçant simultanément plusieurs activités dont l'une relève du présent livre sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent ces activités. » ;

6° L'article L. 171-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 171-3.* - Par dérogation à l'article L. 611-5, les personnes qui exercent

simultanément une activité indépendante agricole et une activité indépendante non agricole sont affiliées, dans des conditions fixées par décret, à un seul des régimes de sécurité sociale dont relèvent ces activités. Elles cotisent et s'acquittent des contributions sociales sur l'ensemble de leurs revenus selon les modalités en vigueur dans ce seul régime.

« Le premier alinéa ne s'applique pas aux personnes exerçant simultanément une activité indépendante agricole et une activité entrant dans le champ d'application de l'article L. 133-6-8. Ces personnes sont affiliées et cotisent simultanément auprès des régimes dont relèvent ces activités. » ;

7° L'article L. 622-1 devient l'article L. 171-6-1 et est ainsi rédigé :

« *Art. L. 171-6-1.* - Les personnes exerçant simultanément plusieurs activités professionnelles indépendantes relevant du présent livre, sont affiliées et cotisent, dans des conditions fixées par décret, au régime d'assurance vieillesse dont relève leur activité principale.

« Pour les personnes ayant exercé simultanément plusieurs activités professionnelles indépendantes relevant de régimes d'assurance vieillesse distincts, l'allocation est à la charge du régime d'assurance vieillesse dont relevait ou aurait relevé son activité principale. Toutefois, les personnes admises à percevoir une demi-allocation agricole et une demi-allocation d'un autre régime non salarié continueront à recevoir ces deux demi-allocations jusqu'à ce qu'elles soient appelées à percevoir une allocation intégrale du régime dont relève leur activité principale. » ;

8° A l'article L. 171-7, les mots : « des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés ;

9° L'article L. 172-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 172-2.* - La coordination entre régimes pour l'indemnisation en cas de maladie maternité est assurée par l'application des dispositions de maintien de droit prévues à l'article L. 161-8.

« Lorsqu'un assuré ne peut bénéficier des dispositions mentionnées à l'alinéa précédent et que le versement de l'indemnisation en cas de maladie maternité est subordonné par les dispositions du présent code ou du code rural et de la pêche maritime à des conditions d'affiliation, de cotisation ou de durées du travail préalables, les organismes de sécurité sociale tiennent compte pour la mise en œuvre de ces dispositions de l'ensemble des périodes d'affiliation, de cotisations versées ou de travail effectuées, même lorsqu'elles relèvent d'un autre régime de sécurité sociale régi par le présent code ou le code rural et de la pêche maritime. »

[Articles de coordination rédactionnelle]

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

1° A l'article L. 111-11, les mots : « des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles » sont supprimés ;

2° A l'article L. 114-16-3, les mots : « les agents de la Caisse nationale du régime social des indépendants désignés par son directeur à cet effet ; » sont supprimés ;

3° L'article L. 114-23 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa du I, les mots : « de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés ;

b) Au 3° du I, les mots : « et L. 611-1 » sont supprimés ;

c) Au III, les mots : « et L. 611-7 » sont supprimés ;

4° A l'article L. 114-24, au deuxième alinéa, les mots : « de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés ;

5° A l'article L. 115-9, les mots : « , la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés ;

6° A l'article L. 123-1, les mots : « d'une part » et les mots : « d'autre part le régime social des indépendants » sont supprimés ;

7° A l'article L. 123-2-1, les mots : « et du régime social des indépendants » sont supprimés ;

8° L'article L. 133-1-4 devient l'article L. 133-4-11, il est inséré dans la section 3 du chapitre III du titre III du livre premier et, à cet article, les mots : « du régime social des indépendants » sont supprimés ;

9° L'article L. 134-1 est ainsi modifié :

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

« Il est institué une compensation entre les régimes obligatoires d'assurance vieillesse de base comportant un effectif minimum. Pour les besoins de la compensation prévue au présent article, sont distingués au sein du régime général les personnes visées aux articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6, L. 381-1, L. 382-1 et L. 382-31, d'une part, et les personnes visées à l'article L. 611-1, d'autre part. » ;

b) Au deuxième alinéa, après les mots : « les différents régimes », sont insérés les mots : « au titre des droits propres » ;

10° L'article L. 134-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;

b) Le 1° est abrogé, les 2° et 3° deviennent respectivement les 1° et 2° et au cinquième alinéa, la référence au 2° est remplacée par la référence au 1° ;

11° A l'article L. 134-4, le 1° est abrogé et les 2°, 3° et 4° deviennent respectivement les 1°, 2° et 3° ;

12° A l'article L. 135-2, les mots : « le régime des salariés agricoles et le régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « et le régime des salariés agricoles » ;

13° A l'article L. 135-6, les mots : « des régimes obligatoires d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et au 2° de l'article L. 611-2 » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime général » ;

14° A l'article L. 136-3, les mots : « ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 » sont supprimés ;

15° Au premier alinéa de l'article L. 173-2, les mots : « aux articles L. 200-2 et L. 382-15 et au 2° de l'article L. 611-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « au 1° de l'article L. 200-1 du présent code » ;

16° L'article L. 182-2-2 est ainsi modifié :

a) Au quatrième alinéa, les mots : « conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « de l'assemblée générale du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants » ;

b) Le neuvième alinéa est supprimé ;

17° A l'article L. 182-2-6, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « deux ».

18° Au premier alinéa de l'article L. 241-2, les mots : « des travailleurs salariés » sont supprimés ;

19° A l'article L. 243-6-3, après les mots : « une situation précise » sont insérés les mots : « de la législation relative aux conditions d'affiliation au régime général au titre des

différentes catégories mentionnées au 1° de l'article L. 200-1 ou » ;

Au 35° de l'article L. 311-3, la référence : « L. 613-1 » est remplacée par la référence : « L. 611-1 » ;

Au quatrième alinéa de l'article L. 351-15, les mots : « le régime social des indépendants, » sont supprimés ;

Dans l'intitulé du chapitre II du titre II du livre VII, le mot : « maladie » est supprimé et dans l'intitulé de la section 2 du même chapitre, le mot : « financement » est supprimé ;

A l'article L. 722-1, les mots : « , aux régimes » sont remplacés par les mots : « et aux régimes » et les mots : « et au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles pour l'ensemble des groupes de professions mentionnés au 1° de l'article L. 615-1 » sont supprimés ;

L'article L. 722-1-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles » sont remplacés par les mots : « à ne pas être affiliés au régime institué par le présent chapitre » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « Le choix pour ces médecins entre l'un ou l'autre régime » sont remplacés par les mots : « Cette option » ;

c) Au quatrième alinéa, les mots : « à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles » sont remplacés par les mots : « à ne pas être affiliés au régime institué par le présent titre » ;

L'article L. 612-3 devient l'article L. 722-4 et son premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Outre les cotisations mentionnées aux articles L. 621-1 et L. 621-2, les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1 sont redevables d'une contribution dont le taux est égal à 3,25%. » ;

A l'article L. 722-5, les mots : « des cotisations prévues » sont remplacés par les mots : « de la contribution prévue » et la référence : « L. 133-6-7-2 » est remplacée par la référence : « L. 613-5 » ;

Au premier alinéa de l'article L. 722-6, les mots : « maladie, » sont supprimés et les mots : « le 1° de l'article L. 160-8 et par les articles L. 160-9 et » sont remplacés par les mots : « l'article » ;

A l'article L. 722-9, les mots : « d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles institué par le titre I du livre VI du présent code » sont remplacés par le mot : « général » ;

L'article L. 742-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « non-salariés » sont remplacés par les mots : « indépendants relevant du livre VI du présent code » ;

b) Au 1°, les mots : « été à la charge » sont remplacés par le mot : « relevé » et les mots : « du régime mentionné à l'article L. 613-1 » sont remplacés par les mots : « de l'assurance maladie maternité ouverte aux assurés mentionnés à l'article L. 611-1 » ;

c) Au 2°, les mots : « ayant valu affiliation au régime mentionné à l'article L. 613-1 » sont remplacés par les mots : « relevant de l'article L. 611-3 » ;

d) Au 3°, la référence : « du 2° de l'article L. 611-1 » est remplacée par les mots : « de l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;

e) Au 4°, les mots : « non-salariée non-agricole mentionnée au 2° de l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « relevant du livre VI, à l'exception des activités mentionnées aux

articles L. 640-1 et L. 723-1 » ;

f) Au 5°, les mots : « au régime mentionné à l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « à l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 » ;

Au premier alinéa de l'article L. 742-7, les mots : « 2° de l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « du présent livre, à l'exception des activités mentionnées aux articles L. 640-1 et L. 723-1 » et après les mots : « exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 640-1 » sont insérés les mots : « , ou par référence à celles dues en application de l'article L. 662-8 si elles exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 723-1 » ;

L'article L. 752-4 est ainsi modifié :

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

« 1° *bis* D'assurer pour les travailleurs indépendants la gestion des risques maladie, maternité, et par délégation du conseil mentionné à l'article L. 612-1, des risques invalidité et décès » ;

b) Le *a* du 3° est remplacé par les dispositions suivantes :

« *a*) Des assurés affiliés au régime général ; » ;

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

« 5° *bis* De mettre en œuvre, pour les travailleurs indépendants, les décisions prises par les instances du conseil mentionné à l'article L. 612-1 en matière d'action sanitaire et sociale ; » ;

Au troisième alinéa du 2° de l'article L. 752-6 et de l'article L. 752-9, les mots : « par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national » sont remplacés par les mots : « par les instances du conseil mentionné à l'article L. 612-1 » ;

A l'article L. 756-5, la référence : « L. 612-4 » est remplacée par la référence : « L. 631-1 », après les mots : « les personnes » sont insérés les mots : « mentionnées à l'article L. 631-1 » et les mots : « professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale » sont supprimés ;

A l'article L. 766-2, le mot : « mentionné » est remplacé par les mots : « des travailleurs indépendants mentionnés ».

[*Abrogations*]

- VI. - Sont abrogés :

- La section 2 du chapitre III du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale ; Les articles L. 133-1-1 à L. 133-1-3, L. 133-1-5 et L. 133-1-6 du même code ;

Les sections 2 *bis* et 2 *quater* du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} du même code ;

Les articles L. 133-6-9, L. 133-6-11 et L. 173-3 du même code ;

La section 5 du chapitre II du titre IV du livre II du même code ;

Les articles L. 611-2 à L. 611-20 du même code ;

Les articles L. 612-9 à L. 612-13, L. 613-2, L. 613-9, L. 613-12 à L. 613-14 et L. 613-23 du même code ;

La section 4 du chapitre III du titre I^{er} du livre VI du même code ;

Les articles L. 614-1, L. 621-4, L. 622-2, L. 622-6, L. 623-1, L. 623-2, L. 633-9, L. 633-11-1, L. 634-1 et L. 634-5 du même code ;

La section 2 du chapitre I^{er} du titre III du livre VI du même code et le chapitre VII du même titre ;

Les articles L. 642-2-1, L. 642-2-2, L. 651-12, L. 651-13, L. 722-2, L. 722-3, L. 722-4, L. 722-5-1 et L. 722-7 du même code ;

Le XII de l'article 50 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

[*Dispositions d'entrée en vigueur et dispositions transitoires*]

VII. - Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018, sous réserve des dispositions suivantes :

1° Les dispositions du 2° et du 7° du V entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020 ;

2° Les dispositions du III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

La Caisse nationale de l'assurance maladie est substituée au 1^{er} janvier 2018 à la Caisse nationale du régime social des indépendants dans tous les actes juridiques conclus par cette dernière en application des dispositions du troisième au huitième alinéa de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale et du deuxième alinéa de l'article L. 611-20 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi de financement de la sécurité sociale.

Les délégations de gestion prévues, pour les assurés du régime social des indépendants et le service de leurs prestations, à l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi de financement de la sécurité sociale, demeurent en vigueur pour les travailleurs indépendants ayant débuté leur activité antérieurement au 1^{er} janvier 2019 jusqu'à l'échéance des conventions conclues en application du quatrième alinéa de cet article, et prennent fin au plus tard le 31 décembre 2020.

Les conventions et les contrats conclus à ce titre, en vigueur à la date de publication de la présente loi continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme pour le service des prestations dues aux travailleurs indépendants ayant débuté leur activité antérieurement au 1^{er} janvier 2019. La Caisse nationale d'assurance maladie et les organismes signataires concernés peuvent renouveler ces mêmes conventions, modifiées le cas échéant par avenant, pour assurer le service des prestations dues aux mêmes assurés jusqu'au plus tard au 31 décembre 2020.

L'ensemble des droits et obligations des organismes délégataires visés aux deux alinéas précédents, y compris les contrats de travail, qui sont afférents à la gestion leur ayant été confiée sont transférés de plein droit aux organismes de leur circonscription mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale à la plus tardive des dates mentionnées à ces alinéas. Ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxe de quelque nature que ce soit.

Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes délégataires de l'absence de renouvellement des conventions mentionnés au présent 2° fait l'objet d'une indemnité s'il présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret ;

3° Les dispositions du 0 du II entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

A compter de cette date et jusqu'à la dissolution de ces caisses, les membres siégeant au sein de l'assemblée générale du conseil de la protection sociale des indépendants ou de ses instances régionales exercent respectivement, de façon simultanée, le mandat de membre du conseil de la caisse nationale mentionnée au 0 et des caisses locales mentionnées au même alinéa situées dans le ressort géographique de chaque instance régionale.

En 2018, pour l'application des dispositions qui font référence au conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et ses instances régionales, sont visés respectivement la caisse nationale et les caisses locales du régime social des indépendants.

4° A compter du 1^{er} janvier 2018 et jusqu'au 31 décembre 2019, est mis en place un comité chargé du pilotage des opérations faisant l'objet des présentes dispositions transitoires. Il est composé des directeurs des caisses mentionnées aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L.

225-1 du code de la sécurité sociale et du directeur général de la caisse nationale mentionnée au 0 du présent VII.

Il est notamment chargé de définir un schéma d'organisation des services préfigurant celui devant être mis en place dans le cadre des dispositions mentionnées à l'article L. 233-1 du code de la sécurité sociale. Ce schéma couvre également la période transitoire comprise entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2019 et précise le cadre général et le calendrier dans lequel sont préparés le transfert des différentes missions et activités et l'intégration des personnels des caisses mentionnées au 0 du présent VII au sein du régime général. Ce schéma est approuvé dans les mêmes conditions que celui mentionné à l'article L. 233-1 précité ;

5° A compter du 1^{er} janvier 2018, les caisses nationale et de base du régime social des indépendants prennent la dénomination de caisse nationale et locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants.

Jusqu'au 31 décembre 2019 elles apportent leur concours aux caisses du régime général s'agissant du service des prestations dont bénéficient les travailleurs indépendants et du recouvrement des cotisations dont ils sont redevables. A ce titre elles continuent d'exercer pour le compte de ces caisses et dans les conditions fixées par le schéma mentionné au 0 tout ou partie des missions, liées au service de ces prestations ou au recouvrement de ces cotisations, antérieurement dévolues aux caisses du régime social des indépendants. Tant que le schéma mentionné au 0 n'est pas approuvé, elles exercent la totalité de ces mêmes missions.

La caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants demeure régie par les dispositions de l'article L. 611-4 du code de la sécurité sociale, à l'exception des 1^o et 5^o, ainsi que les articles L. 611-5 à L. 611-7 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi. Son conseil délibère, dans le respect des compétences du directeur général, sur les matières relevant de ces dispositions.

Les caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants restent régies par les dispositions des articles L. 151-1 et L. 611-9 à L. 611-13 du code de la sécurité sociale, des premier, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 611-14 et des articles L. 611-15 à L. 611-18 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi et sous réserve des dispositions du présent article. Leurs conseils délibèrent sur les affaires relevant de ces dispositions.

6° Sont transférés de plein droit :

a) Au 1^{er} janvier 2018, aux organismes nationaux et locaux du régime général selon leurs périmètres de responsabilité respectifs, les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de l'assurance maladie, maternité et de l'assurance vieillesse de base des travailleurs indépendants ainsi que les engagements qui en découlent. Ces dispositions sont sans préjudice de l'exercice des activités mentionnées au deuxième alinéa du 0 et du suivi en 2018 et en 2019 dans les comptes des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants des opérations afférentes aux éléments mentionnés ci-dessus. Ces opérations peuvent être directement combinées par les caisses nationales chargées de la gestion des différentes branches du régime général ;

b) Au 1^{er} janvier 2020, au conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de l'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité-décès dont bénéficient les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 du code de la sécurité sociale ainsi que les engagements qui en découlent.

c) Au 1^{er} janvier 2020, aux organismes nationaux et locaux du régime général tous les autres droits et obligations, à l'exclusion des contrats de travail, afférents à la gestion administrative de la caisse. Sauf accord de l'ensemble des caisses concernées, les droits et obligations de chaque caisse déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants sont transférés à l'organisme du régime général dans lequel sont transférés la majorité de ses salariés.

Les conditions dans lesquelles s'opèrent ces transferts font l'objet de conventions entre les directeurs des organismes concernés. Ils ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxe de quelque nature que ce soit.

Lorsque des agents dont le contrat de travail est transféré à un autre organisme poursuivent leur activité dans des locaux au-delà de la date à laquelle l'organisme du régime général en devient propriétaire, le ou les organismes concernés concluent une convention pour fixer les modalités d'utilisation des locaux et les conditions y afférentes ;

7° Sur une période dont le terme ne peut excéder le 30 juin 2019, les caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et les organismes du régime général, organisent, dans le respect du schéma mentionné au 0, la préparation du transfert des contrats de travail des salariés des caisses déléguées. Les caisses nationales peuvent se substituer aux caisses locales en cas de carence de celles-ci.

A une date fixée par décret, et au plus tard au 1^{er} janvier 2020, les contrats de travail des salariés des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants sont transférés aux organismes du régime général ainsi qu'il résulte du processus mentionné à l'alinéa précédent. En l'absence d'accord entre les organismes et les salariés, les contrats des salariés concernés sont transférés de plein droit à l'organisme du régime général dont relève, selon la répartition des missions et activités propres à ces organismes, ces salariés au regard de leur activité antérieure. Dans ce cas, les contrats de travail des salariés de la caisse nationale déléguée sont transférés aux caisses nationales du régime général désignées en application de ces critères ; les contrats de travail des salariés des caisses locales déléguées sont transférés à l'organisme, désigné en application de ces mêmes critères, dans la circonscription duquel se situe le lieu de travail de ces salariés.

L'ancienneté du salarié transféré est maintenue. Les salariés dont le contrat de travail est transféré conservent une rémunération dont le montant annuel, pour une durée de travail équivalente à celle prévue par son contrat de travail, est au moins égale à la rémunération telle que définie au deuxième alinéa de l'article L. 2261-14 du code du travail.

Les transferts mentionnés au deuxième alinéa du présent 0 s'effectuent sans qu'il soit fait application des dispositions de l'article L. 1224-3 du code du travail.

Le décret mentionné au deuxième alinéa du présent 0 ne peut être pris avant la validation par un comité de surveillance de la réforme des résultats de l'ensemble du processus mentionné au premier alinéa du même 0. Un décret peut néanmoins fixer une date de transfert anticipé pour des salariés dont l'activité relève uniquement des missions d'un seul type d'organisme du régime général ;

8° Jusqu'au transfert de leur contrat de travail, les salariés des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants restent régis à titre exclusif par les conventions collectives du régime social des indépendants.

Avant le 31 mars 2018, l'union des caisses nationales de sécurité sociale et les organisations syndicales de salariés représentatives au sein du régime social des indépendants engagent des négociations afin de conclure des accords précisant les modalités, conditions et garanties

s'appliquant aux salariés dans le cadre de leur transfert vers les organismes du régime général et prévoyant le cas échéant les dispositions s'appliquant pour les salariés transférés à l'exclusion des stipulations portant sur le même objet des conventions collectives du régime général et des accords applicables dans les organismes dans lequel leurs contrats de travail sont transférés.

Ces accords sont conclus dans les conditions fixées à l'article L. 2232-6 du code du travail. Toutefois, en ce qui concerne ceux conclus en application des dispositions de l'article L. 123-2 du code de la sécurité sociale, participent à la négociation les organisations syndicales de salariés représentatives des agents de direction et agents comptables des organismes du régime social des indépendants ainsi que l'organisation syndicale dont relève la personne élue, pour ce même régime, pour représenter ces agents dans la commission chargée d'établir la liste d'aptitude mentionnée à l'article L. 611-14 du même code dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

A défaut d'accord avant leur transfert, les conventions collectives du régime général s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés transférés.

Ces accords s'appliquent à compter du transfert des salariés concernés et jusqu'à une date qui ne peut excéder le 31 décembre 2022. A l'issue de ce délai, les conventions collectives du régime général s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés transférés ;

9° Les caisses d'administration provisoire de la sécurité sociale des indépendants sont dissoutes au 1^{er} janvier 2020 ;

10° Les dispositions de l'article L. 640-1 dans sa rédaction résultant du présent article s'appliquent aux travailleurs indépendants créant leur activité :

a) A compter du 1^{er} janvier 2018, pour ceux qui relèvent de l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale ;

b) A compter du 1^{er} janvier 2019, pour ceux ne relevant pas du même article L. 13368 ;

Les travailleurs indépendants des professions libérales ne relevant pas de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale et affiliés antérieurement au 1^{er} janvier 2018 à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse restent affiliés à ces caisses. Sous réserve qu'ils soient à jour du paiement de leurs cotisations dues au titre des assurances vieillesse et invalidité-décès des professions libérales et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ils peuvent demander entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2023, à être affiliés à l'assurance vieillesse prévue au titre III du livre VI du même code.

Cette nouvelle affiliation prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle ils ont notifié leur décision.

Ce changement d'affiliation est définitif.

Les travailleurs affiliés ne relevant pas de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale et ne relevant pas du champ de l'article L. 133-6-8 du même code, mentionnés aux troisième et quatrième alinéas du présent 12° peuvent bénéficier, à leur demande, de taux spécifiques pour le calcul des cotisations prévues à l'article L. 635-1 du même code jusqu'au 31 décembre 2026.

Ces taux spécifiques tiennent compte des différences existant entre les montants totaux des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants relevant de

l'organisation mentionnée à l'article L. 641-1 et par ceux ne relevant pas de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale. Ces taux spécifiques, fixés par décret pris après avis du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants rejoignent progressivement le taux normal du régime.

Les droits à retraite de base des travailleurs indépendants des professions libérales ayant choisi de relever de l'assurance vieillesse prévue au titre III du livre VI du code de la sécurité sociale sont liquidés par les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 ou L. 752-4 du même code.

Pour les périodes antérieures au changement d'affiliation, le montant de la pension est égal au produit du nombre de points acquis dans le régime de base des professions libérales à la date d'effet du changement d'affiliation et de la valeur de service du point dans ce régime de base à cette même date, à laquelle s'applique la revalorisation mentionnée à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. Il est fait application, lors de la liquidation de ce montant de pension, des articles L. 351-4 à L. 351-4-2, L. 351-7, L. 351-8, L. 634-6, L. 634-6-1, L. 643-3 et L. 643-7 du même code. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret.

Les points acquis dans le régime complémentaire d'assurance vieillesse de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse par les travailleurs indépendants ayant choisi de relever de l'assurance vieillesse prévue au titre 3 du livre VI du code de la sécurité sociale sont convertis dans le régime complémentaire mentionné à l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale.

Un décret détermine les règles applicables pour cette conversion, en fonction des valeurs de service de chacun des deux régimes à la date d'effet de la nouvelle affiliation. Il détermine également les conditions particulières de réversion de certains points en fonction des cotisations précédemment versées à ce titre.

Les modalités d'application du présent VII sont précisées, en tant que de besoin et sauf dispositions contraires, par décret en Conseil d'Etat.

VIII. – Jusqu'au 31 décembre 2018, à titre expérimental et par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale, les organismes mentionnées à l'article L. 215-1 du même code peuvent proposer à des travailleurs indépendants 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 leurs revenus mensuels ou trimestriels.

Les travailleurs indépendants concernés participent à titre volontaire à l'expérimentation et à la réalisation de son bilan.

Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation sont précisées par décret.

Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

IX. - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution et dans un délai de six mois suivant la date de publication de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à :

1° Regrouper dans le livre VI du code de la sécurité sociale l'ensemble des dispositions de ce code relatives à la protection sociale des travailleurs non-salariés ;

2° Modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions du présent article et le respect de la hiérarchie des normes et abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

Exposé des motifs

La création du régime social des indépendants en 2006 a été marquée depuis l'origine par de graves dysfonctionnements, informatiques notamment, qui ont fortement affecté les travailleurs indépendants.

En dépit des améliorations de gestion réalisées par la suite, notamment grâce à l'engagement des équipes du RSI, la relation de confiance est aujourd'hui altérée entre les indépendants et leur sécurité sociale et il convient de franchir une nouvelle étape pour une organisation plus efficace.

La présente mesure vise donc à confier la protection sociale des travailleurs indépendants au régime général, qui couvre déjà l'essentiel de la population française.

Les travailleurs indépendants bénéficieront comme aujourd'hui pour l'essentiel des mêmes prestations que les salariés ; certaines des prestations spécifiques, par exemple la couverture maternité, ont par ailleurs vocation à être rapprochées pour améliorer les droits des assurés. En revanche, les travailleurs indépendants conserveront leurs propres règles en matière de cotisations, justifiées par la spécificité de leur situation.

Les prestations dont bénéficient les travailleurs indépendants seront servies comme pour les salariés par les CPAM et CARSAT (et les CGSS dans les collectivités d'outre-mer) et le recouvrement de leurs cotisations sera assuré par les Urssaf (et les mêmes CGSS pour les collectivités d'outre-mer). Toutefois, si l'on excepte le remboursement de leurs frais de santé qui ne présente aucune particularité et sera géré dans un cadre commun avec les salariés, les travailleurs indépendants bénéficieront au sein des organismes gestionnaires d'une organisation particulière, conçue en fonction de leurs besoins.

Les représentants des intéressés, au sein d'un conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et de ses déclinaisons régionales, seront chargés de veiller aux conditions dans lesquelles est assuré le fonctionnement de ce dispositif et son adéquation. Ils exerceront un rôle d'aide et d'accompagnement par le biais de l'action sociale et piloteront par ailleurs le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire propre aux indépendants.

Cette réforme, l'une des plus importantes dans l'organisation de la sécurité sociale depuis sa création, vise à recomposer le paysage des organismes de sécurité sociale dans la perspective d'une meilleure adaptation aux évolutions des parcours professionnels, combinant de manière accrue activité salariale et indépendante, et afin de permettre aux travailleurs indépendants de bénéficier d'un système de sécurité sociale comparable en termes d'efficacité aux autres assurés.

Compte tenu de l'ampleur de la transformation, une phase transitoire de l'ordre de deux ans est prévue, pendant laquelle les différentes missions du RSI (liquidation des retraites, assurance maladie, recouvrement des cotisations, etc.) seront progressivement reprises en gestion par les caisses du régime général (CPAM, CARSAT et URSSAF). Cette transition sera conduite dans des conditions permettant une évolution raisonnée des organisations de travail, et un transfert de gestion sécurisé et respectueux de la gouvernance, des personnels et des relations sociales au sein du RSI. Cette période de transition sera également mise à profit pour négocier les conditions de l'intégration des personnels du RSI au sein du régime général, avec les représentants de ces salariés. L'organisation définitive sera en place au plus tard le 1^{er} janvier 2020.

Les organismes conventionnés, qui servent aujourd'hui les prestations d'assurance maladie par délégation du RSI, verront leur mission reprise par les CPAM courant 2020. Dès 2019, les travailleurs indépendants ex-salariés nouvellement établis pourront décider de continuer à être gérés par leur CPAM. Les personnels des organismes conventionnés seront repris avec leurs missions.

La réforme s'accompagnera de mesures permettant de favoriser le pouvoir d'achat des travailleurs indépendants et de soutenir les très petites activités et la création d'entreprise (cf. articles [RR01], [RR06] et article [ACCRE] du projet de loi de finances).

Chapitre 3 : Dispositions relatives à la fiscalité comportementale

Article 12

[Augmentation des droits de consommation applicables au tabac et alignement de la fiscalité du tabac en Corse]

I. - À compter du 1^{er} mars 2018, l'article 575 A du code général des impôts est rédigé comme suit :

« Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 261 € pour mille cigarettes et à 166 € pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 218 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 99 € pour les autres tabacs à fumer. »

II. - À compter du 1^{er} avril 2019, l'article 575 A du code général des impôts est rédigé comme suit :

« Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 279 € pour mille cigarettes et à 192 € pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 239 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 108 € pour les autres tabacs à fumer. »

III. - À compter du 1^{er} novembre 2019, l'article 575 A du code général des impôts est rédigé comme suit :

« Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 297 € pour mille cigarettes

et à 219 € pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 260 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 117€ pour les autres tabacs à fumer. »

IV. - À compter du 1^{er} avril 2020, l'article 575 A du code général des impôts est rédigé comme suit :

« Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 314 € pour mille cigarettes et à 245 € pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 281 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 126 € pour les autres tabacs à fumer. »

V. - À compter du 1^{er} novembre 2020, l'article 575 A du code général des impôts est rédigé comme suit :

« Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 333 € pour mille cigarettes et à 271 € pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 302 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 134 € pour les autres tabacs à fumer. »

« Les montants de part spécifique et de minimum de perception de chacun des groupes de produits sont relevés au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Cette proportion est exprimée avec un chiffre significatif après la virgule, ce dernier étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Ce relèvement ne peut excéder 1,8 %. Le tarif est publié au Journal Officiel par arrêté du ministre chargé du budget. »

VI. - À compter du 1^{er} mars 2018, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E bis du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

VII. - À compter du 1^{er} avril 2019, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E bis du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

VIII. - À compter du 1^{er} novembre 2019, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E bis du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

IX. - À compter du 1^{er} avril 2020, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E bis du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

X. - À compter du 1^{er} novembre 2020, le quatrième alinéa du I de l'article 575 E bis du code général des impôts est remplacé par le tableau suivant :

Exposé des motifs

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'usage du tabac est la principale cause évitable de mortalité dans le monde. Chaque année, le tabac entraîne en France près de 80 000 décès.

Des données provenant de différents pays montrent que quel que soit le niveau de revenu du ménage considéré, la hausse du prix du tabac est un moyen efficace de réduire la demande. Des prix élevés incitent à l'arrêt de la consommation et limitent l'entrée dans le tabac, en particulier des plus jeunes. Ils diminuent aussi le nombre des rechutes parmi ceux qui ont arrêté et réduisent la consommation chez ceux qui continuent de fumer.

Les prix des produits vendus aux consommateurs sont librement fixés par les fabricants. Leur niveau est cependant fortement corrélé à celui de la fiscalité sur les tabacs. La présente mesure a donc pour but d'augmenter progressivement les droits d'accise sur les produits de tabac dans l'objectif, d'atteindre au 1^{er} novembre 2020, le prix de 10 euros pour un paquet de cigarettes.

Afin de diminuer les risques de substitution par d'autres produits, une hausse de la fiscalité relativement plus élevée que celle appliquée aux cigarettes est proposée pour l'ensemble des autres produits de tabac.

Par ailleurs, un relèvement de la fiscalité portant sur les produits de tabac vendus en Corse sera mise en place, pour une hausse identique et selon le même calendrier (2018-2020) que sur le continent. La mesure proposée permet ainsi d'initier un processus de convergence des prix entre France continentale et la Corse, qui devra être achevé, à partir de 2021, selon des modalités qui devront faire l'objet de travaux préalables.

Article 13

[Verdissement du barème de la taxe sur les véhicules de société]

I. - Le I *bis* de l'article 1010 du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Le tableau figurant au *a* est remplacé par le tableau suivant :

2° Le deuxième alinéa du *b* est ainsi modifié :

a) Les mots : « ou au gazole » sont supprimés ;

b) Le nombre : « 110 » est remplacé par le nombre : « 100 » ;

c) Le mot : « huit » est remplacé par le mot : « douze » ;

d) L'alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette exonération est définitive pour les véhicules dont les émissions sont inférieures ou égales à 60 grammes de dioxyde de carbone par kilomètre parcouru. » ;

3° Le tableau figurant au *c* est remplacé par le tableau suivant :

4° Au deuxième alinéa du *c*, le nombre : « 110 » est remplacé par le nombre : « 100 ».

II. – Le I s'applique à compter de la période d'imposition s'ouvrant le 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

Dans un objectif de lutte contre la pollution atmosphérique et le réchauffement climatique, la mesure vise à adapter la taxe sur les véhicules de société pour renforcer son caractère incitatif vis-à-vis de l'acquisition de véhicules moins polluants. Il est ainsi proposé de mettre à jour le barème en modifiant les seuils d'assujettissement de certaines de ses tranches, encourageant notamment l'achat de véhicules électriques ou hybrides. Ces mesures permettront d'adapter des barèmes datant respectivement de 2011 et 2014, en cohérence avec les mesures récentes, adoptées pour accélérer le développement des véhicules à faibles émissions qui s'articulent pour les véhicules de tourisme autour de deux seuils de 20 g de CO₂/km et de 60 g de CO₂/km.

Chapitre 4 : Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie

Article 14

[Fixer les taux Lv et Lh pour 2018 et préciser les conditions d'application de la clause de sauvegarde]

I. - Le chapitre VIII du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le III de l'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase devient un nouvel alinéa et à cette même phrase, les mots : « chaque année » sont remplacés par les mots : « l'année », le mot : « considérée » est remplacé par les mots : « au titre de laquelle la contribution est due », et après le mot : « (Lh) », la fin de la phrase est remplacée par « : » ;

b) Après ce nouvel alinéa sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 1° Les chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article au titre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due sont répartis au prorata des montants remboursés pour ce médicament par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre, respectivement, des 1° et 2° du II ;

« 2° Les chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article au titre de l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due sont répartis selon la

proratisation définie au 1^o, en utilisant à nouveau les montants remboursés au titre de l'année au titre de laquelle la contribution est due. » ;

2^o L'article L. 138-11 est complété par les mots : «, après application éventuelle des modalités de répartition prévues au III de ce même article » ;

3^o Le second alinéa de l'article L. 138-15 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le Comité économique des produits de santé peut proposer des rectifications des données de cette déclaration. »

II. - Pour l'année 2018, les taux (Lv) et (Lh) mentionnés à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale sont fixés, respectivement, à 0 % et à 3 %.

III. - Les montants appelés pour la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 due au titre de l'année 2015 et de l'année 2016 sont définitifs.

Exposé des motifs

La clause de sauvegarde est un mécanisme qui permet de protéger l'assurance maladie contre une progression trop rapide des dépenses remboursées de médicaments, dans le cas où les économies prévues en construction de l'ONDAM ne seraient pas complètement réalisées. Plus spécifiquement, si les chiffres d'affaires des laboratoires pharmaceutiques progressent d'un taux supérieur à Lv (pour les médicaments dispensés par les officines de ville) ou à Lh (pour les médicaments dispensés par les hôpitaux), la clause de sauvegarde se déclenche et les laboratoires reversent à l'assurance maladie une partie du dépassement. Le présent article fixe le taux Lv à 0% et le taux Lh à 3%, pour l'année 2018 et pour prendre en compte les dynamiques différentes des dépenses dans ces deux secteurs. Pour la fixation du taux à l'hôpital, il est également tenu compte de l'arrivée de plusieurs innovations importantes en 2018. Il précise également le calcul de cette contribution lorsqu'un médicament change de périmètre (ville ou hôpital). L'article simplifie enfin les conditions de la transition entre l'ancien dispositif d'application de la clause de sauvegarde (L) et le nouveau introduit par le PLFSS 2017 (Lv et Lh).

Article 15

[Prorogation et augmentation de la participation des organismes complémentaires au financement des nouveaux modes de rémunération via une taxe]

I. - Il est institué pour l'année 2018 une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13^o de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du même code. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

II. - La participation est due par chaque organisme mentionné au premier alinéa en activité au 31 décembre 2018. Elle est égale au produit d'un forfait annuel de 8,10 euros par le nombre, au 31 décembre 2017, de bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé prévue à l'article L. 160-1 du même code et d'ayants droit âgés de seize ans ou plus, couverts par l'organisme, à l'exclusion des bénéficiaires de la couverture complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du même code, pour lesquels l'organisme a pris en charge, au cours de l'année 2018, au moins une fois, en tout ou partie, la participation de l'assuré, mentionnée à l'article L. 160-13 du même code, due au titre d'une consultation ou d'une visite du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du même code.

III. - La participation est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, concomitamment au recouvrement de cette même taxe, sous réserve d'aménagements prévus, le cas

échéant, par décret en Conseil d'Etat. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues pour ladite taxe.

Exposé des motifs

Les organismes d'assurance maladie complémentaire ont renouvelé, dans le cadre de la convention médicale du 25 août 2016, l'engagement, initié en 2012, de participer au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte, au titre du « forfait médecin traitant », à hauteur de 250 millions d'euros.

Cet engagement a été mis en œuvre entre 2013 et 2017 via la mise en place d'une taxe répartie entre les différents organismes complémentaires dont le produit correspondait globalement à l'engagement financier conventionnel. Conformément à son objet (financer une partie des dépenses de l'ONDAM assurant la rémunération des médecins), le rendement de la contribution constitue une recette venant en réduction des dépenses de l'ONDAM.

Des travaux ont été engagés entre l'assurance maladie et les représentants des complémentaires-santé pour définir un schéma cible de versement de cette contribution des organismes complémentaires aux médecins. La mise en œuvre de ce schéma ne pouvant être opérationnelle avant 2019, il est proposé de prolonger en 2018 le prélèvement fiscal sur les organismes complémentaires et d'augmenter son rendement à raison du nouvel engagement financier prévu.

Chapitre 5 : Dispositions relatives à la modernisation du recouvrement

Article 16

[Simplification de l'affiliation, du recouvrement et de la gouvernance du régime de sécurité sociale des artistes auteurs]

I. - Le chapitre II du titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le sixième alinéa de l'article L. 382-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « L'affiliation est prononcée par les organismes de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « Les organismes agréés mentionnés à l'article L. 382-2 se prononcent sur l'affiliation des artistes auteurs au régime général » ;

b) L'alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle est mise œuvre par les organismes de sécurité sociale. » ;

1° *bis* Le premier alinéa de l'article L. 382-2 est remplacé par les dispositions suivantes : « Chaque organisme agréé, administré par un conseil d'administration comprenant des représentants désignés des artistes-auteurs affiliés et des représentants désignés des diffuseurs ainsi que des représentants de l'Etat, se prononce sur l'affiliation, s'il y a lieu après consultation, à son initiative ou à celle de l'intéressé, de commissions, instituées par branches professionnelles et composées en majorité de représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes-auteurs. L'affiliation est mise en œuvre par les organismes de sécurité sociale. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent alinéa ainsi que les conditions de nomination du directeur et agents comptables desdits organismes. » ;

2° Après l'article L. 382-3, il est inséré un article L. 382-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 382-3-1.* - Si les revenus ou rémunérations qu'ils retirent de leurs activités artistiques sont inférieurs pour l'année considérée à un montant fixé par décret, les artistes auteurs peuvent cotiser à leur demande sur une assiette forfaitaire correspondant à ce montant. » ;

3° Le troisième alinéa de l'article L. 382-4 est abrogé ;

4° L'article L. 382-5, dans sa rédaction résultant de l'article 20 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'organisme agréé dont elles relèvent » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « organisme agréé » sont remplacés par les mots : « organisme mentionné au premier alinéa » ;

c) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les contributions mentionnées à l'article L. 382-4 du présent code et à l'article L. 6331-65 du code du travail sont recouvrées comme en matière de sécurité sociale par l'organisme mentionné au premier alinéa du présent article. » ;

5° L'article L. 382-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 382-6.* - Les personnes redevables des cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 382-3 et L. 382-4 sont tenues, sous peine des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5, d'effectuer par voie dématérialisée les déclarations et les versements afférents à ces contributions.

« Les personnes mentionnées à l'article L. 382-4 sont soumises, sous peine des pénalités fixées par décret, à l'obligation de fournir, à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 382-5, le numéro prévu au onzième alinéa de l'article L. 114-12-1 permettant l'identification des artistes auteurs dont ils assurent l'exploitation commerciale et la diffusion des œuvres. » ;

6° Le deuxième alinéa de l'article L. 382-9 est supprimé ;

7° Le premier alinéa de l'article L. 382-14 est ainsi modifié :

a) Le mot : « assujettis » est remplacé par les mots : « personnes relevant des dispositions de la présente section » ;

b) Les mots : « prévus au même article » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 382-2 du présent code ».

II. - Le chapitre Ier du titre III du livre III de la sixième partie du code du travail est ainsi modifié :

1° L'article L. 6331-67 est ainsi modifié :

a) Les mots : « les organismes agréés visés aux articles L. 382-4 et L. 382-5 du code de la sécurité sociale ainsi que les organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 213-1 du même code » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article L. 382-5 du code de la sécurité sociale » ;

b) Le mot : « chargés » est remplacé par le mot : « chargé » ;

c) Le mot : « peuvent » est remplacé par le mot : « peut » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 6331-68, les mots : « les organismes mentionnés » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné ».

III. - Les contrats de travail du personnel des organismes agréés anciennement affectés au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale sont transférés de plein droit à la date fixée au IV à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

IV. - Les dispositions du présent article sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2019, à l'exception du 5° du I qui entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

La présente mesure vise à simplifier les démarches de déclaration et de paiement des cotisations sociales dues par les artistes auteurs ou par leurs diffuseurs à travers la constitution par la branche du recouvrement, d'une offre de services modernisée.

Tout en maintenant les spécificités et l'identité du régime de protection sociale actuellement géré par la Maison des artistes (MDA) et l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des artistes auteurs (AGESSA), cette mesure permettra de remédier aux limites actuelles des procédures de recouvrement qui s'avèrent préjudiciables pour les intéressés, et de mieux garantir à l'avenir leurs droits sociaux en assurant correctement le recouvrement des cotisations sociales.

Cette offre de services garantira l'objectif, prévu initialement dans la loi de financement de

la sécurité sociale pour 2016, d'un précompte des cotisations vieillesse plafonnées d'ici à 2019, le défaut actuel de ce précompte conduisant à minorer les droits à retraite des intéressés. Cette mesure s'inscrit donc la continuité de l'avancée qui a pu être réalisée en 2016 par la mise en place d'un dispositif de rachat de cotisations vieillesse, afin de reconstituer la carrière des artistes auteurs et de les rétablir équitablement dans leurs droits. Enfin, la mesure vise à affilier et à ouvrir des droits sociaux dans les mêmes conditions pour l'ensemble des personnes qui perçoivent des revenus artistiques, sans aucune condition de revenus.

Article 17

[Centralisation de la passation des marchés de services bancaires du régime général]

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le début du troisième alinéa de l'article L. 224-5 est ainsi rédigé : « Sous réserve du 7° de l'article L. 225-1-1, ... (le reste sans changement) » ;

2° L'article L. 225-1-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 7° Au titre de la sécurisation de la trésorerie du régime général, d'assurer la fonction de centrale d'achat au sens de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, pour le compte des caisses nationales du régime général et de leurs organismes locaux, pour les marchés de prestation de services bancaires. »

Exposé des motifs

Le présent article vise à sécuriser la trésorerie globale du régime général en confiant à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale un rôle d'accompagnement stratégique et opérationnel des organismes du régime général dans la passation de leurs marchés de services bancaires, à travers une fonction de centrale d'achat au sens du droit de la commande publique. Ce rôle permettra au régime général de renforcer ses compétences dans le domaine bancaire et d'assurer que l'attribution garantisse les conditions de sécurité nécessaires à la bonne gestion de la trésorerie et au bon déroulement des missions de la sécurité sociale. Elle pourrait également permettre de renforcer le positionnement du régime général dans sa relation à ses partenaires bancaires.

Titre II : Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 18

[Transferts entre l'Etat et la sécurité sociale et entre branches de la sécurité sociale]

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

1° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi modifié :

- à la fin du troisième alinéa, le taux : « 38,74% » est remplacé par le taux : « 48,87% » ;

- à la fin du quatrième alinéa, le taux : « 22,78% » est remplacé par le taux : « 12,65% » ;

b) Au 4°, les mots : « Caisse nationale des allocations familiales » sont remplacés par les mots « branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 » ;

c) Après le 7°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au I, au II et au II bis de l'article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1 à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits. Le solde est affecté à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2. » ;

d) La première phrase du dernier alinéa est supprimée ;

2° Au début de la section 3 du chapitre IV du titre III du livre Ier, il est inséré un article L. 134-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 134-6. - Est retracé dans les comptes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de sécurité sociale, qui en assure l'équilibre financier, le

solde des charges et produits du risque accidents du travail et maladies professionnelles du régime d'assurance des marins prévu au décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins. » ;

3° Le 3° de l'article L. 135-3 est abrogé ;

4° Au 1° du IV *bis* de l'article L. 136-8, le taux : « 7,6% » est remplacé par le taux : « 9,3 % » ;

5° L'article L. 225-1-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Pour les opérations autres que celles réalisées pour compte de tiers, d'enregistrer, en produits l'ensemble des cotisations, contributions et impositions qu'elle centralise, et en charge les reversements qu'elle effectue aux différents affectataires, en application de l'article L. 131-8 et des autres dispositions législatives ou réglementaires en vigueur et notamment celles prévues au 7° du présent article. Les branches mentionnées à l'article L. 200-2 assurent son équilibre financier, à raison de clés fixées par arrêté annuel, calculées en fonction de leurs soldes prévisionnels. » ;

6° L'article L. 862-2 est ainsi modifié :

a) Au *a*, les mots : « de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances » sont remplacés par les mots : « de l'évolution du coût moyen de la couverture des dépenses de santé prévues à l'article L. 861-3 constatée lors du dernier exercice clos et fixée par arrêté » ;

b) Le quatrième alinéa est supprimé ;

7° A l'article L. 862-3, après la référence : « I » sont insérés les mots : « , II et II *bis* » ;

8° Le IV de l'article L. 862-4 est abrogé.

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

1° Au *a* du 1° et au *a* du 2° du I, après les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, » sont insérés par deux fois les mots : « 6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* du même article, » ;

2° Le *b* du 1° du II est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« *b*) 61,4% du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* du même article ; »

3° Au *a* du V, le taux : « 28% » est remplacé par le taux : « 23,9% ».

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

1° Le 6° *bis* de l'article L. 731-3 est abrogé ;

2° Après le quatrième alinéa de l'article L. 732-58, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « - par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1618 *septies* du code général des impôts ; ».

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

1° Le IV de l'article 1600-0-S est abrogé ;

2° Le III de l'article 1647 est ainsi modifié :

a) Le mot : « cotisations » est remplacé par les mots : « impositions, taxes et autres contributions » ;

b) Les mots : « soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « , des organismes concourant à leur financement ou contribuant au remboursement de leur dette ».

V. - En 2018, les recettes du fonds, telles que calculées en application des dispositions l'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la présente loi, sont réduites de 150 millions d'euros au profit de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code.

VI. - Ne donnent pas lieu à compensation à la sécurité sociale :

1° La réduction du produit de la taxe mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, prévue par la loi de finances pour 2018 ;

2° Le coût lié au doublement des seuils d'éligibilité au régime micro fiscal et au régime microsocial prévu par la loi de finances pour 2018 ;

3° Le crédit d'impôt prévu à l'article 88 de la loi n°2016-1917 de finances pour 2017 ;
4° L'exonération de taxe sur les salaires prévue à l'article 231 *bis* Q du code général des impôts.

VII. - La loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique est ainsi modifiée :

1° Le dernier alinéa des articles 20, 40, 69, 122, 125, 127, 129, 135, 137, 140 et 144 et l'avant-dernier alinéa de l'article 131 est supprimé dans chacune de ses occurrences ;

2° À l'article 114, les mots : « , et corrélativement pour l'État par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts » sont supprimés ;

3° L'article 124 est ainsi modifié :

- le II est supprimé ;

- au III, les mots « ,et corrélativement pour l'État par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. » sont supprimés.

VIII. - Le 3° du I et le 1° du IV du présent article s'appliquent aux faits générateurs intervenant à compter du 1er janvier 2018.

Exposé des motifs

Le présent article vise à assurer la neutralisation sur le résultat financier des régimes et des branches de la sécurité sociale de certaines dispositions du présent projet de loi ou du projet de loi de finances ayant un effet sur les recettes et les charges de la sécurité sociale. Il tire notamment les conséquences des mesures en faveur du pouvoir d'achat prévues à l'article [RR01] du présent projet de loi et de l'article [DB30] du projet de loi de finances, qui organise divers transferts entre l'Etat et la sécurité sociale et fixe notamment la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale permettant de neutraliser pour cette dernière le rendement lié, en 2018, à l'entrée en vigueur progressive des baisses de cotisations maladie et chômage dans le cadre de leur remplacement par la contribution sociale généralisée (CSG). Cette affectation de recettes prend également le relais de mesures de compensation 2017 venant à s'éteindre, et compensant de nouveaux transferts de dépenses entre l'Etat et la sécurité sociale.

Le présent article doit neutraliser l'impact différencié de l'ensemble de ces mesures sur les différentes branches de la sécurité sociale. Pour y parvenir, les fractions de taxe sur les salaires affectées à la CNAMTS et à la CNAF sont modifiées.

Par ailleurs, cet article prévoit plusieurs réaffectations de recettes. Conformément aux négociations conduites en 2016 pour assurer la pérennité de ce régime, la taxe sur les farines est affectée au régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles (RCO), dont la situation démographique difficile entraîne un épuisement des réserves. Les modalités de financement du Fonds CMU sont quant à elles modifiées afin de n'affecter à cet organisme que la part de la taxe de solidarité additionnelle nécessaire à l'équilibrage de son résultat, le solde étant attribué à la CNAMTS. Cette nouvelle modalité de financement n'affecte en rien les dispositifs de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) financés par le fonds mais garantit au contraire leur exact financement chaque année. La contribution additionnelle de solidarité autonome (CASA) est réaffectée à l'OGD, afin de faire face à ses besoins de financement.

Enfin, le financement des dépenses des prestations accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) du régime de sécurité sociale des marins est transféré de la branche maladie du régime général vers sa branche AT-MP, afin d'éviter que ces dépenses soient indument financées par la branche maladie et de renforcer le suivi les dépenses d'accidents du travail de ce régime.

Article 19

[Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe V]
Est approuvé le montant de 6,0 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 2018.

Exposé des motifs

Les crédits ouverts sur le budget de l'Etat en compensation d'exonérations s'élèvent à 6,0 Md€ en 2018. Cela représente un montant stable par rapport au montant de crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2017.

Article 20

[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]

Pour l'année 2018, 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 :

(en milliards d'euros)

Exposé des motifs

Pour la première fois depuis 2001, les régimes obligatoires de base dégagent un excédent en 2018, qui atteint 1,2 milliard d'euros. La branche maladie revient à un déficit de -0,8 milliard d'euros historiquement bas, tandis que les branches vieillesse, famille et accidents du travail et maladies professionnels continuent à dégager des excédents.

Article 21

[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]

Pour l'année 2018, 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 :

(en milliards d'euros)

Exposé des motifs

En 2018, les dépenses et recettes du régime général augmentent significativement du fait de la réforme du régime social des indépendants (RSI), qui conduit le régime général à assurer la protection sociale des travailleurs indépendants à compter de 2018. Par ailleurs, le régime général parvient à l'équilibre, pour la première fois depuis 2001, et affiche un solde excédentaire de 1,2 milliard d'euros, soit une amélioration de près de 3 milliards d'euros entre 2017 et 2018.

Article 22

[Approbation des recettes (état C) et du tableau d'équilibre du FSV, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et de la section 2 du FSV]

I. - Pour l'année 2018, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

II. - Pour l'année 2018, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 15,2 milliards d'euros.

III. - Pour l'année 2018, 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

Exposé des motifs

Le retour à l'équilibre des comptes sociaux en 2018 permet d'accélérer le désendettement de la sécurité sociale. En 2018, la dette restant à amortir à la CADES devrait s'élever à 106 milliards d'euros, 155 milliards d'euros ayant déjà été amorti par la caisse.

Article 23

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

Sont habilités en 2018 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)

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 2018, à un niveau supérieur au plafond convenu pour l'exercice 2017 (33 milliards d'euros), qui permettra cette année encore la couverture intégrale des besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles et du régime de sécurité sociale dans les mines. Ce plafond d'emprunt permettra d'assurer à l'ACOSS la capacité de faire face aux aléas pesant sur son profil tout au long de l'année. Le point bas est aujourd'hui estimé à 37,2 milliards d'euros, en tenant compte des financements liés à la gestion du risque de liquidité qui conduit à immobiliser sur des comptes de secours des sommes empruntées au-delà des besoins journaliers pour sécuriser ainsi le versement des prestations.

Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) est fixé à 4,9 milliards d'euros, en augmentation de 450 millions d'euros par rapport à l'exercice 2017 (4,45 milliards d'euros). Le retour à l'équilibre du régime des non-salariés agricoles est notamment ralenti par la baisse du taux de cotisation d'assurance maladie et maternité des exploitants, lequel devrait ne pas être compensé intégralement par l'État en 2017, et par un régime d'assurance vieillesse affichant un déficit persistant (73 millions en 2017).

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 500 millions d'euros pour la période courant du 1er janvier au 31 janvier, puis à 200 millions d'euros pour le reste de l'année 2018. Ce premier plafond permettra à la caisse de couvrir ses engagements avant qu'elle ne réceptionne le premier versement de la subvention d'équilibre de l'État au régime de retraite. La baisse du solde moyen de trésorerie sur les deux années est liée au dénouement d'un contentieux sur les arrêtés fixant le taux de cotisation employeur. La CPRP SNCF a ainsi dû régulariser sur l'exercice en cours 100 millions d'euros de trop perçu à l'entreprise SNCF en 2017, et dispose d'une créance du même montant à l'égard de l'Etat

qui sera régularisée au cours des prochaines années.

Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est quant à lui fixé à 450 millions d'euros. Les besoins de financement du régime des mines ont été très fortement réduits 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 (410 millions d'euros à fin 2016).

Enfin, le plafond de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), est fixé à 440 millions d'euros, en conséquence de la baisse de rendement de la contribution tarifaire d'acheminement qui constitue plus de 20% de ses recettes – l'assiette de celle-ci a été réduite par l'entrée en vigueur en août 2017 du nouveau tarif d'utilisation des réseaux publics d'électricité - et d'une augmentation des droits spécifiques passés sur les activités régulées.

En 2018 comme en 2017, la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et hospitaliers (CNRACL) et la Caisse de retraite de la RATP n'auront pas besoin de recourir à l'emprunt pour financer leurs décalages de trésorerie. Le nombre de régimes ayant recours à l'emprunt reste stabilisé à cinq. Ces éléments sont détaillés en annexe 9 au présent projet de loi.

Article 24

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 (2018 à 2021), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

QUATRIÈME Partie

Dispositions Relatives aux recettes et à l'équilibre de la sécurité sociale pour l'exercice 2018

TITRE I : Dispositions relatives à la branche famille

Article 25

[Majoration du CMG pour les familles monoparentales]

I. - Le chapitre Ier du titre III du livre V du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au III de l'article L. 531-5, après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. » ;

2° A l'article L. 531-6, après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé ;

« 3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule. »

II. - Les dispositions des I et II s'appliquent à Saint-Pierre et Miquelon.

III. - Le présent article entre en vigueur au 1^{er} octobre 2018 pour les gardes d'enfants réalisées à compter de cette date.

Exposé des motifs

La situation d'isolement induit, pour les parents concernés, des contraintes particulières pour la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Les enjeux de garde d'enfant représentent d'ailleurs l'un des principaux freins à la reprise d'emploi des familles monoparentales.

Au regard de ce constat, la présente mesure permet de majorer le montant maximal d'aide auquel les familles monoparentales pourront prétendre au titre de la garde de leur enfant par une garde à domicile ou une assistante maternelle. Le plafond du complément de libre choix de mode de garde (CMG) sera augmenté de 30% par voie réglementaire à compter d'octobre

2018 pour les familles monoparentales. Cette meilleure solvabilisation permet de mieux accompagner ces familles dans leurs projets de reprise ou d'accroissement d'activité professionnelle.

Dans le cadre de l'objectif général de reconnaissance d'un droit à l'erreur au profit des usagers, le Gouvernement prendra par ailleurs une mesure réglementaire permettant aux familles de percevoir leur droit au complément de libre choix du mode de garde même si elles en font la demande avec retard, dans la limite d'un mois.

Article 26

[Harmonisation du barème et des plafonds de la PAJE et du complément familial]

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

1° Au dernier alinéa de l'article L. 531-2, après les mots : « par décret », sont insérés les mots : « par référence au plafond applicable à l'allocation de base versée à taux plein mentionnée à l'article L. 531-3, » ;

2° L'article L. 531-3 est ainsi modifié :

a) A la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « défini par décret » sont supprimés ;

b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Le plafond de ressources ainsi que le taux servant au calcul de l'allocation de base versée à taux plein sont identiques à ceux retenus pour l'attribution du complément familial. ».

II. - Le I est applicable pour l'examen des droits au titre de l'ensemble des enfants à charge aux familles qui, à compter du 1er avril 2018, du fait d'une naissance ou d'une adoption, ont un nouvel enfant à charge.

Les montants et les plafonds de ressources des allocations et primes mentionnées aux articles L. 531-2 et L. 531-3 du code de la sécurité sociale versées au titre des enfants nés ou adoptés jusqu'au 31 mars 2018 sont fixés et revalorisés dans les conditions prévues par les dispositions en vigueur à la date de publication de la présente loi.

III. - Le III de l'article 74 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est abrogé à compter du 1er avril 2018.

Exposé des motifs

L'allocation de base de la PAJE et le complément familial sont deux prestations familiales servies sous condition de ressources, l'une pour les familles avec au moins un enfant de moins de 3 ans, et l'autre pour les familles n'ayant que des enfants d'au moins 3 ans.

Le III de l'article 74 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 avait introduit une mesure d'alignement à terme du montant de l'allocation de base (AB) versé à taux plein sur celui du complément familial (CF).

Il est proposé de procéder dès le 1^{er} avril 2018 à une mise en cohérence de ces deux prestations, à la fois pour leurs conditions de ressources et leurs montants. Cette harmonisation améliorera la lisibilité de l'architecture des prestations familiales. Les droits en cours ou acquis au titre des enfants nés ou adoptés avant le 31 mars 2018 ne seront pas modifiés par la réforme. Par ailleurs, le montant de la prime à la naissance ne sera plus gelé ce qui constitue une mesure favorable.

Article 27

[Objectif de dépense de la branche famille]

Pour l'année 2018, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,7 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche famille sont quasiment stables, elles ne progressent que de 0,1 milliard d'euros entre 2017 et 2018. La progression des dépenses est en effet contenue,

alors même que les aides pour les familles monoparentales sont renforcées, via une majoration du complément de mode de garde.

Titre II : Dispositions relatives à la branche vieillesse

Article 28

[Revalorisation de l'ASPA et des anciennes allocations du minimum vieillesse]

I. – De 2018 à 2020, les montants de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 du code de la sécurité sociale et de l'allocation supplémentaire vieillesse prévue à l'article L. 815-2 du même code dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur 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 et des prestations mentionnées à l'article 2 de la même ordonnance peuvent être portés, par décret, à des niveaux supérieurs à ceux qui résulteraient de l'application des dispositions de l'article L. 816-2 du même code.

II. – De 2018 à 2020, le montant de 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 sont portés, par décret, à des niveaux supérieurs à ceux qui résulteraient de l'application des dispositions de l'article 29 de la même ordonnance.

Exposé des motifs

La présente mesure traduit l'engagement pris par le Président de la République, visant à revaloriser de façon significative pour tous ses bénéficiaires le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) afin de soutenir le niveau de vie des personnes âgées modestes. Le montant de l'ASPA, fixé par des dispositions réglementaires, sera progressivement porté à 903 euros par mois en 2020 pour une personne seule, ce qui représente une hausse de 30 euros par mois la première année et de 35 euros par mois les années suivantes. Le montant de l'ASPA servi à un couple sera revalorisé dans les mêmes proportions. Par ailleurs, la date de revalorisation de l'ASPA sera avancée au 1^{er} janvier (contre le 1^{er} avril aujourd'hui) à compter de 2019.

Article 29

[Décalage de la date de revalorisation des pensions et de l'ASPA]

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

1° A l'article L. 161-23-1, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « janvier » ;

2° A l'article L. 816-2, le mot : « avril » est remplacé par le mot : « janvier ».

II. – A l'article 29 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, les mots : « applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale. » sont remplacés par les mots : « prévues à l'article L. 816-2 du code de la sécurité sociale. »

III. - En application du 1° du I du présent article, la prochaine revalorisation réalisée en application de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale a lieu le 1^{er} janvier 2019.

IV. – Les dispositions du 2° du I et du II du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2019.

Exposé des motifs

Le présent article unifie la date de revalorisation des pensions de retraite, qui intervient aujourd'hui au 1^{er} octobre, et du minimum vieillesse, qui intervient aujourd'hui au 1^{er} avril,

afin de permettre aux retraités de bénéficier de règles cohérentes. A compter du 1^{er} janvier 2019, le minimum vieillesse et les pensions de retraite seront donc désormais revalorisés à la même date. Les retraités modestes bénéficieront en outre de la revalorisation de 100 euros par mois, sur 3 ans, du montant du minimum vieillesse.

Article 30

[Objectif de dépenses de la branche vieillesse]

Pour l'année 2018, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 236,4 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 133,6 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 2,3% entre 2017 et 2018. Les prestations versées augmentent sous l'effet de la fin du décalage de l'âge légal de départ en retraite.

Titre III : Dispositions relatives à la branche accidents du travail – maladies professionnelles

Article 31

[Indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale]

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

1° L'article L. 431-2 est ainsi modifié :

a) Après le 1°, il est inséré un 2° ainsi rédigé :

« 2° De la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle ; »

b) Les 2° à 4° deviennent les 3° à 5° ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 461-1, les mots : « la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle » sont remplacés par les mots : « sous réserve des dispositions de l'article L. 431-2, la date de la première constatation médicale de la maladie ou, lorsqu'elle est postérieure, la date qui précède de deux années la demande de reconnaissance de maladie professionnelle mentionnée à l'article L. 461-5 » ;

3° Au dernier alinéa de l'article L. 461-5, les mots : « premier alinéa de l'article L. 461-1 » sont remplacés par les mots : « 2° de l'article L. 431-2 » et les mots : « prévu à l'article L. 431-2 » sont remplacés par les mots : « prévu à ce même article ».

II. - Le présent article est applicable aux demandes de reconnaissance de maladie

professionnelle reçues à compter du 1^{er} juillet 2018.

Exposé des motifs

Les dispositions législatives en vigueur fixent le point de départ de l'indemnisation des maladies professionnelles à la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical (dit certificat médical initial) du lien possible entre sa pathologie et une activité professionnelle. Cette règle conduit dans un certain nombre de cas à une indemnisation partielle des victimes selon les règles applicables aux maladies professionnelles, en particulier pour les pathologies présentant un délai de latence important et pour lesquelles l'origine professionnelle n'est pas immédiatement identifiable. Pour des raisons d'équité, la mesure proposée vise à indemniser la victime de maladie professionnelle selon les règles applicables à ces maladies dès l'apparition des premiers symptômes de cette maladie, indépendamment de la date à laquelle la victime a connaissance de son origine éventuellement professionnelle. Toutefois, pour des raisons opérationnelles et afin de limiter

l'aléa pesant sur les entreprises auxquelles le sinistre est imputable, la date de début d'indemnisation ne pourra pas remonter au-delà de deux ans avant la demande de reconnaissance de maladie professionnelle adressée par l'assuré.

Article 32

[Dotations 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 270 millions d'euros au titre de l'année 2018.

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 613 millions d'euros au titre de l'année 2018.

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 2018.

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 2018.

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. En premier lieu, pour 2018, le total des dépenses du FIVA est évalué à 375,3 millions d'euros. Compte tenu d'une dotation nette de l'Etat de 7,8 millions d'euros (après mise en réserve) et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 81,1 millions d'euros), une dotation de la branche AT-MP de 270 millions d'euros est nécessaire pour 2018. Il convient de noter que le fonds de roulement du FIVA (80,9 millions d'euros à fin 2018), correspondant à environ trois mois de dépenses d'indemnisation, lui permettra d'assurer ses dépenses d'indemnisation.

En deuxième lieu, la diminution du nombre de bénéficiaires de l'ACAATA se poursuit (-12,2% en 2016) et a continué de déterminer la baisse des charges, dans un contexte de faible inflation. Les dépenses prévisionnelles pour 2017 demeureront dans une dynamique proche des années précédentes, la baisse des allocataires étant légèrement amortie par le redémarrage de l'inflation. Ces prestations diminueraient de 10,2%. Selon les dernières prévisions, le déficit du fonds s'élèverait à 9 millions d'euros en 2017 et son résultat cumulé deviendrait déficitaire (7 millions d'euros).

En 2018, il est proposé de fixer à 613 millions la contribution de la branche AT-MP de façon à dégager un excédent de 7 millions d'euros et ainsi rééquilibrer le résultat cumulé du fonds. En troisième lieu, en 2017 a été remis le dernier rapport de la commission chargée d'évaluer la sous-déclaration des AT-MP, sur la base duquel le Gouvernement fixe la dotation annuelle de la branche AT-MP à la branche maladie en application de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale.

Les bornes basse et haute de l'estimation ont été réévaluées respectivement à 815 et 1 530 millions d'euros, en hausse par rapport à la précédente estimation établie en 2014 qui aboutissait à une fourchette de 695 à 1 500 millions d'euros.

Il est cependant proposé de maintenir la dotation à 1 milliard d'euros pour 2018 afin de prendre en compte les progrès mis en avant par la commission en matière de lutte contre la sous-déclaration des AT-MP.

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 2018 :

- 82 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, en augmentation de 20% par rapport à 2017 du fait de l'élargissement des conditions d'accès au dispositif (suppression de la condition d'exposition de 17 ans pour les victimes de maladies professionnelles atteints d'un taux d'incapacité permanente entre 10% et 19%),
- 104 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 2018 : 5,5 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, en augmentation de 20% par rapport à 2017, et 2,5 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Article 33

[Objectifs de dépenses de la branche ATMP]

Pour l'année 2018, 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 2,3% entre 2017 et 2018, principalement du fait de l'intégration du financement du compte professionnel de prévention la pénibilité à la branche AT-MP.

Titre IV : Dispositions relatives à la branche maladie

Chapitre 1 : Dispositions relatives à la prévention

Article 34

[Vaccination obligatoire des enfants]

I. - Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A l'article L. 3111-1, les mots : « L. 3111-2 à L. 3111-4 et L. 3112-1 » sont remplacés par les mots : « L. 3111-2 à L. 3111-4, L. 3111-6 et L. 3112-1 » ;

2° L'article L. 3111-2 est remplacé par un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 3111-2* – I. - Sont obligatoires, sauf contre-indication médicale reconnue, les

vaccinations suivantes :

- « 1° La vaccination antidiphthérique ;
- « 2° La vaccination antitétanique ;
- « 3° La vaccination antipoliomyélitique ;
- « 4° La vaccination contre la coqueluche ;
- « 5° La vaccination contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B ;
- « 6° La vaccination contre le virus de l'hépatite B ;
- « 7° La vaccination contre les infections invasives à pneumocoque ;
- « 8° La vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C ;
- « 9° La vaccination contre la rougeole ;
- « 10° La vaccination contre les oreillons ;
- « 11° La vaccination contre la rubéole.

« II. - Les vaccinations sont pratiquées dans les conditions prévues par l'arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis la Haute Autorité de santé, en application du premier alinéa de l'article L. 3111-1. »

« III. - Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle des mineurs sont tenues personnellement responsables de l'exécution de cette obligation, dont la justification doit être fournie dès lors que l'enfant a atteint un âge déterminé, pour chaque vaccination, par l'arrêté du ministre chargé de la santé mentionné au II du présent article et selon des modalités définies par décret, pour être admis ou maintenu dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants. » ;

3° L'article L. 3111-3 est abrogé ;

4° L'article L. 3111-4-1 devient l'article L. 3111-3 ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 3111-9, le mot : « chapitre » est remplacé par le mot : « titre ».

II. - Le chapitre VI du même titre est ainsi modifié :

1° A l'article L. 3116-1, les mots : « L. 3111-2 à L. 3111-4, L. 3111-6 à L. 3111-8 » sont remplacés par les mots : « L. 3111-3 et L. 3111-4 » ;

2° Les articles L. 3116-2 et L. 3116-4 sont abrogés.

III. - La justification prévue au III de l'article L. 3111-2 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant du présent article, pour les vaccinations mentionnées au 4° à 11° du même article, est exigible à partir du 1^{er} juin 2018 pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2018.

IV. - A. - Les 3° et 4° du I, le 2° du II et le III du présent article sont applicables à Wallis-et-Futuna.

B. - Le titre II du livre VIII de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3821-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence à l'article L. 3111-4-1 est remplacée par la référence à l'article L. 3111-3 ;

b) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les articles L. 3111-1, L. 3111-2 et L. 3111-9 sont applicables dans leur rédaction résultant de la loi n° 2017-... de financement de la sécurité sociale pour 2018.

« L'article L. 3111-5 est applicable dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016. » ;

2° Les articles L. 3821-2 et L. 3821-3 sont abrogés ;

3° A l'article L. 3826-1, les mots : « à L. 3116-6 » sont remplacés par les mots : « , L. 3116-5 et L. 3116-6 ».

Exposé des motifs

Le présent article vise à étendre les obligations vaccinales, en ajoutant huit vaccinations, aujourd'hui recommandées, aux trois vaccinations obligatoires en vigueur.

Afin d'améliorer la couverture vaccinale, éviter la réémergences de foyers épidémiques et lever la distinction entre vaccinations obligatoires et recommandées pour les enfants âgés de

0 à 18 mois, le choix de l'obligation vaccinale s'impose. Ces obligations pourront être levées lorsque les couvertures vaccinales appropriées seront atteintes et que la levée de l'obligation ne risquera pas d'entraîner une baisse des vaccinations.

Les vaccinations conditionnent l'entrée ou le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants. La mesure supprime par ailleurs les sanctions spécifiques relatives au non-respect de l'obligation vaccinale, qui ne se justifient plus car le code pénal comporte une infraction générale.

L'ensemble de ces vaccins est pris en charge par l'assurance maladie, dans les conditions de droit commun.

Chapitre 2 : Promouvoir l'innovation en santé

Article 35

[Cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé]

I. - L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-31-1. - I. – Des expérimentations dérogatoires à au moins une des dispositions mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.*

« Ces expérimentations peuvent avoir pour but :

« 1° De favoriser l'innovation par l'émergence de nouvelles organisations dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :

« *a)* Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé, la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;

« *b)* Décloisonner la prise en charge des patients pour une séquence de soins ;

« *c)* Développer les modes d'exercice regroupés en participant à la structuration des soins primaires ;

« *d)* Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones les plus fragilisées à faible densité médicale ;

« 2° De contribuer au remboursement pertinent des médicaments ou des produits et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et à la qualité des prescriptions, en modifiant ou adaptant :

« *a)* Les conditions de prise en charge des médicaments et des produits et prestations associées onéreux au sein des établissements de santé et le recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces médicaments, produits et prestations ;

« *b)* Les modalités de rémunération, les mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé, ainsi que des mesures d'organisation dans l'objectif de promouvoir un recours pertinent aux médicaments et aux produits et prestations associées ;

« *c)* Les conditions d'accès au dispositif prévu à l'article L. 165-1-1.

« II. – Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé :

« 1° Aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

« a) Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-4, L. 162-23-8, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1 et L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé, professionnels de santé, prestataires de transports sanitaires ou entreprises de taxi ;

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

« c) Aux 1°, 2°, et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« d) Aux articles L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations et à l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier hospitalier ;

« e) Aux articles L. 162-16 à L. 162-19, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 162-22-7-2, L. 162-23-6, L. 162-38, L. 165-1 à L. 165-7, en tant qu'ils concernent la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux par l'assurance maladie ;

« 2° Aux dispositions suivantes du code de la santé publique, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation et sous réserve que la sécurité des prises en charge soit garantie :

« a) A l'article L. 4113-5, en ce qu'il concerne les règles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé ;

« b) Au premier alinéa de l'article L. 6111-1, en tant qu'il limite les missions des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en déléguant cette prestation ;

« c) A l'article L. 6122-3, afin de permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements d'établissements de santé ou de professionnels de santé ;

« d) A l'article L. 4211-1, afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du même code pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en section A et D ;

« 3° Aux règles de tarification applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

« III. – Un conseil stratégique est chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé. Il prend connaissance du déploiement des expérimentations et de leurs rapports d'évaluation. Un comité technique composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé, est chargé d'émettre un avis sur les expérimentations et leur mode de financement et de déterminer leur dimension et leurs

modalités d'évaluation.

« La Haute Autorité de santé est saisie par le comité technique pour avis des projets d'expérimentations comportant des dérogations à des dispositions du code de la santé publique relatives à la qualité et à la sécurité des soins. Elle rend son avis dans un délai prévu par décret.

« Les expérimentations à dimension régionale sont autorisées par arrêté des directeurs généraux des agences régionales de santé. Les expérimentations à dimension nationale sont autorisées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

« Les professionnels intervenant dans le cadre d'une expérimentation sont réputés appartenir à des équipes de soins au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.

« Par dérogation à l'article L. 1435-6 du même code, l'évaluateur a accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale lorsque ces données sont nécessaires à la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation prévue au présent article, dans le respect des conditions prévues au Chapitre I du Titre VI du Livre IV de la première partie du code de la santé publique.

« Sans préjudice des règles de financement prévues au titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale, ou des missions du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, le financement de tout ou partie des expérimentations peut être assuré par un fonds pour l'innovation du système de santé, dont les ressources sont constituées par une dotation du régime général de l'assurance maladie et dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. L'évaluation des expérimentations est financée par le fonds pour l'innovation du système de santé.

« Les modalités de sélection, de financement et d'évaluation des expérimentations ainsi que la composition et les missions du conseil stratégique et du comité technique sont précisées par décret.

« IV. – Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations en cours et lui remet, au plus tard un an après la fin de l'expérimentation, le rapport d'évaluation. »

II. - Le 9° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« 9° De participer au financement d'expérimentations qui organisent le travail en équipe entre médecins et infirmiers par des actions de coordination renforcée et des délégations d'actes ayant pour finalité une meilleure prise en charge du patient. »

III. – Au II de l'article L. 162-12-22 du code de la sécurité sociale, après le troisième alinéa, sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :

« Le contrat type peut prévoir des dérogations aux règles de facturation des honoraires et rémunérations dus par les assurés sociaux aux professionnels de santé mentionnées :

« 1° A l'article L. 162-5 en tant qu'il concerne les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé ;

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

malade ;

« 3° Aux 1° et 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 160-10 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« 4° Aux articles L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations. »

IV. – Le dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique est supprimé.

V. – Au II de l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, les mots : « pour une période n'excédant pas quatre ans » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 31 décembre 2018 ».

VI. – Les expérimentations conduites dans le cadre de l'article 70 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, du II de l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, de l'article 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, de l'article 68 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 et des articles 66, 68 et 94 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 peuvent être poursuivies après autorisation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, sous réserve qu'elles entrent dans l'objet défini au I de l'article L. 162-31-1 dans sa rédaction issue de la présente loi et que soit prévue une évaluation conforme aux dispositions réglementaires prévues au I du même article. L'arrêté fixe la nouvelle date de fin de l'expérimentation, qui ne peut être postérieure au 31 décembre 2022. Le financement de ces expérimentations est assuré dans les conditions prévues par cet article. Les expérimentations qui n'ont pas été poursuivies par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé avant le 31 décembre 2018 sont abrogées à cette date.

Exposé des motifs

L'organisation de notre système de santé nécessite d'évoluer pour améliorer le parcours des patients et l'accès aux soins, en se fondant sur des projets d'organisations innovantes. En outre, les modes de rémunération et de suivi des prescriptions de produits de santé ainsi que leur prise en charge, notamment pour les produits les plus onéreux et les plus innovants, ne permettent pas toujours de favoriser la pertinence et la qualité des soins.

En effet, notre système de santé est caractérisé par une offre de soins cloisonnée, alors que les patients sont de plus en plus atteints de pathologies complexes nécessitant une prise en charge coordonnée. De plus, les modèles de financement actuels ne permettent pas d'évoluer vers une organisation efficiente et coordonnée des soins. La mesure vise donc à encourager et accompagner le déploiement de nouvelles organisations qui améliorent le parcours des patients ainsi qu'à améliorer la pertinence des remboursements des produits de santé. Elle prévoit également que ces nouvelles organisations ou modalités de prises en charge seront évaluées.

Pour accompagner ces évolutions, la mesure proposée a pour objet d'une part d'offrir un cadre légal général permettant le déploiement d'expérimentations innovantes sur le territoire, et d'autre part, d'apporter les ajustements techniques nécessaires au maintien des expérimentations existantes.

A ce titre, la mesure proposée vise à tester, dans le cadre d'expérimentations :

1° des organisations nouvelles visant l'un des objectifs suivants :

- optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé et améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire et médico-sociale en incitant au déploiement d'actions de coordination ;
- décloisonner la prise en charge des patients pour une séquence de soins ;
- développer les modes d'exercice regroupés en participant à la structuration des soins primaires ;
- favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones les plus fragilisées à faible densité médicale.

Par ailleurs, le travail en équipes pluriprofessionnelles de proximité, outre le fait qu'il répond à une attente des nouvelles générations de professionnels de santé, et en particulier de médecins, constitue actuellement une des voies les plus avancées pour assurer une prise en charge coordonnée, mais aussi pour développer la prévention au plus près des patients en constituant et en exploitant des données épidémiologiques. De fait, la mesure proposée vise à préserver et ajuster les dispositifs de coopération actuellement déployés.

2° des expérimentations contribuant au remboursement pertinent des médicaments ou des produits et prestations associées visant l'un des objectifs suivants :

- définir de nouvelles modalités de prises en charge des médicaments onéreux et des produits innovants au sein des établissements de santé, associées au recueil d'informations adapté, pour donner une plus grande flexibilité aux établissements, tout en les responsabilisant davantage ;
- renforcer la pertinence des prescriptions des professionnels de santé ou des établissements de santé, et inciter directement les professionnels de santé à une juste prescription, notamment pour les médicaments biosimilaires prescrits par un médecin hospitalier;
- améliorer les conditions d'accès au forfait innovation pour les dispositifs médicaux.

Article 36

[Prise en charge de la télémédecine]

I. - Le 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées : « La ou les conventions définissent également le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémédecine. Les actes de téléconsultation sont effectués par vidéotransmission ; ».

II. - Au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « et de prise en charge financière » sont supprimés.

III. - L'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est abrogé à compter du 1er janvier 2018. Les dispositions des textes réglementaires pris en application de l'article 36 continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur des dispositions conventionnelles fixant les tarifs des activités mentionnées au I du présent article et au plus tard au 1er juillet 2019.

IV. - Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2018

et pour une durée de quatre ans, dans l'ensemble des régions, dans la collectivité territoriale de Corse, dans l'ensemble des collectivités territoriales régies par l'article 73 de la Constitution ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et dans les îles Wallis et Futuna.

Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télésurveillance.

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

Pour la mise en œuvre des expérimentations, il peut être dérogé :

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

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

3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

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

5° Aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

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

Les produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux produits ou prestations dont le fonctionnement et la finalité sont comparables à des produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et déjà inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1.

Le présent article ne fait pas obstacle à la possibilité pour les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations de déposer avant la fin de l'expérimentation auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé une demande d'inscription de ces produits ou prestations sur la liste prévue audit article L. 165-1.

Lorsque le dépôt de cette demande d'inscription intervient avant la fin de l'expérimentation, les produits ou prestations concernés continuent à bénéficier de la prise en charge financière qui était prévue au titre de l'expérimentation durant la période séparant, le cas échéant, la fin de cette expérimentation de la décision relative à l'inscription sur la liste. Cette prise en charge financière cesse de plein droit à compter de l'intervention de cette dernière décision, quels que soient son sens, sa forme ou ses motifs.

Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent, dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine dans le cadre des expérimentations et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet

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

Au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée ou validée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2021.

Exposé des motifs

Depuis sa reconnaissance et malgré les impulsions de l'échelon national et des agences régionales de santé, la télémédecine demeure marginale. Afin d'élargir les usages notamment en ville, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu une expérimentation visant à poser un cadre organisationnel et financier propice à la structuration de projets locaux et à la détermination des modalités d'intégration dans le droit commun du financement des actes.

Dans le même temps, la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire ainsi que la négociation de la nouvelle convention médicale ont montré une très forte attente des professionnels, tant hospitaliers qu'en ville, qui font de la possibilité d'accéder en routine aux téléconsultations une condition essentielle de déploiement des parcours de soins.

Dans ce contexte, la mesure proposée prévoit une bascule vers le financement de droit commun pour certains actes de télémédecine.

La mesure vise ainsi à organiser la prise en charge de la téléconsultation par l'assurance-maladie, tout en accompagnant l'organisation de l'offre de soins ainsi encouragée. Elle prévoit que la télé expertise intègre le droit commun de la prise en charge par l'assurance-maladie selon des modalités fixées par voie conventionnelle. Elle abroge le cadre expérimental en vigueur sans rupture de prise en charge pour les activités déjà développées. Pour la télésurveillance, un dispositif expérimental renouvelé est prévu.

Article 37

[Dynamisation de la procédure d'inscription des actes à la nomenclature]

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

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

a) Les mots : « après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire » sont remplacés par les mots : « après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis de la Haute Autorité de santé lorsque le projet de modification porte sur l'attribution ou la modification du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation » ;

b) La deuxième phrase est supprimée ;

2° Après l'article L. 162-1-7-2, il est inséré un article L. 162-1-7-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-7-3.* - I. - Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-1-8, en l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7 dans un délai de onze mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.

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

« En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le

délai mentionné au précédent alinéa, l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.

« Les actes et prestations inscrits selon la procédure prévue au présent I peuvent faire ultérieurement l'objet d'une nouvelle inscription suivant la procédure prévue à l'article L. 162-1-7.

« II. - L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à l'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 d'un acte ou d'une prestation réalisés en équipe par plusieurs professionnels de santé relevant de différentes conventions avec l'assurance maladie. »

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

1° Au début du deuxième alinéa de l'article L. 4011-2, sont insérés les mots : « Lorsque leur mise en œuvre implique un financement dérogoratoire, » ;

2° L'article L. 4011-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les priorités nationales en matière de protocoles de coopération. Pour les projets de protocoles relevant de ces priorités, les avis de la Haute Autorité de santé et du collège des financeurs sont rendus dans un délai de six mois à compter de leur transmission par l'agence régionale de santé. » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 4011-2-1, les mots : « de représentants de l'assurance maladie et de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, » sont remplacés par les mots : « de représentants de l'assurance maladie, de la Haute Autorité de santé, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, » ;

4° Au deuxième alinéa de l'article L. 4011-2-1, les mots : « et à la Haute Autorité de santé » sont supprimés ;

5° L'article L. 4011-2-3 est ainsi modifié :

a) Les deux dernières phrases du second alinéa du I sont remplacées par une phrase ainsi rédigée : « La Haute Autorité de santé rend un avis sur l'efficacité du protocole. » ;

b) Au premier alinéa du III, les mots : « au maintien à titre définitif d'un protocole de coopération » sont remplacés par les mots : « à la prise en charge financière définitive d'un protocole de coopération » ;

6° Le IV est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Le collège des financeurs détermine les modalités de financement et de rémunération définitives des actes et prestations réalisés, sous réserve de leur inscription selon la procédure prévue au II de l'article L. 162-1-7-3 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent proroger la durée du financement prévu à l'article L. 4011-2-2 du présent code jusqu'à l'inscription des actes et prestations sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

La prise en charge d'un acte par l'assurance maladie nécessite, après avis de la Haute Autorité de santé (HAS), son inscription dans une nomenclature (classification commune des actes médicaux - CCAM - ou nomenclature générale des actes professionnels - NGAP). Cette inscription à la nomenclature suppose que cet acte soit tout d'abord hiérarchisé par rapport aux autres actes, de manière à permettre ensuite la détermination par les partenaires conventionnels d'un tarif de prise en charge. La hiérarchisation est assurée par des commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP), créées pour chaque profession conventionnée et composées paritairement de représentants de professionnels de santé et de l'assurance maladie.

La mesure proposée modifie cette procédure sous deux aspects.

D'une part, l'examen et le vote de la hiérarchisation par ces commissions peut parfois conduire à repousser *sine die* l'inscription à la nomenclature d'actes nouveaux, mis à part ceux qui bénéficient déjà d'une procédure d'inscription accélérée. Ainsi la procédure actuelle n'assure-t-elle pas la prévisibilité et la transparence auxquelles peuvent

légitimement prétendre les professionnels à l'origine des demandes d'inscription. La mesure proposée rationalise la procédure en encadrant dans le temps le travail des CHAP sans affecter leur compétence. A défaut d'examen dans un délai de 11 mois, l'inscription à la nomenclature peut être réalisée unilatéralement par l'UNCAM. Une procédure similaire existe déjà pour des catégories particulières d'actes innovants, dans un délai d'examen raccourci de 5 mois. Le réexamen de la hiérarchisation de ces actes restera possible si les commissions souhaitent ultérieurement s'en saisir.

D'autre part, la mesure adapte les procédures d'inscription au remboursement et de tarification aux actes réalisés en équipe par des professionnels libéraux en leur offrant un cadre spécifique destiné à faciliter l'innovation et l'efficacité dans ce domaine tout en respectant les compétences des parties prenantes. Les actes médicaux déjà inscrits au remboursement, s'ils sont réalisés en équipe entre professionnels libéraux, notamment dans le cadre de protocoles de coopération, pourront ainsi être inscrits dans une liste spécifique, sans qu'il soit nécessaire de revoir leur hiérarchisation.

Enfin, la mesure proposée permet de définir des thèmes prioritaires pour la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels libéraux, dont la validation et le financement seront accélérés. Cette modification fera de ces protocoles un outil plus efficace dans la lutte contre la désertification médicale.

Article 38

[Adapter les conditions de prise en charge des produits hospitaliers – liste en sus]

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

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

a) Au premier alinéa du I, les mots : « , de la sécurité sociale et de l'économie » sont remplacés par les mots : « et de la sécurité sociale » ;

b) Après le deuxième alinéa du I, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« La marge mentionnée au premier alinéa du I peut varier selon le prix de cession de la spécialité. La marge mentionnée au premier alinéa du I peut être réduite en fonction du prix de cession de la spécialité. » ;

c) Le « II » devient le « III » et après le I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« II. - Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession prévu au I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I. » ;

d) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« IV. - La base de remboursement d'une spécialité peut être limitée à un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Un tarif unifié peut être appliqué aux spécialités génériques, aux spécialités biologiques similaires, à leurs spécialités princeps ou biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.

« Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application des dispositions du III est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié. » ;

2° L'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du I est ainsi modifié :

- à chaque occurrence, après les mots : « tarif de responsabilité » sont insérés les mots : « et le prix limite de vente aux établissements » ;

- à chaque occurrence, les mots : « est fixé » sont remplacés par les mots : « sont fixés » et, à chaque occurrence, le mot : « publié » est remplacé par le mot : « publiés » ;

- après les mots : « au tarif » sont insérés les mots : « et au prix limite » ;

b) Au deuxième alinéa du I, le mot : « est » est remplacé par les mots : « et ce prix limite sont », le mot : « fixé » est remplacé à chaque occurrence par le mot : « fixés », les mots : « Il peut » sont remplacés par les mots : « Ils peuvent » et le mot : « baissé » est remplacé par le mot : « baissés » ;

c) Le « II » devient le « III » et après le I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« II. – Le prix d’achat des spécialités acquitté par l’établissement ne peut être supérieur au prix limite de vente défini au I. » ;

d) L’article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« IV. - La base de remboursement d’une spécialité peut être limitée à un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Un tarif unifié peut être appliqué aux spécialités génériques, aux spécialités biologiques similaires, à leurs spécialités princeps ou biologique de référence, ainsi qu’à toute spécialité comparable en termes d’indications ou de visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l’importation prévue à l’article L. 5124-13 du code de la santé publique.

« Lorsqu’un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l’application des dispositions du III est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié. » ;

3° L’article L. 162-17-2-1 est ainsi modifié :

a) A la première phrase du troisième alinéa, après le mot : « remboursable, » la fin de la phrase est remplacée par les mots : « le Comité économique des produits de santé fixe, en vue de sa prise en charge ou son remboursement, un nouveau tarif ou un nouveau prix par convention avec l’entreprise ou, à défaut, par décision, selon les règles et critères d’appréciation applicables à l’indication ou aux indications déjà prises en charge. » ;

b) A la deuxième phrase du même troisième alinéa, les mots : « le prix est fixé par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en tenant compte du prix ou du tarif de responsabilité en vigueur pour les indications remboursées » sont remplacés par les mots : « ce nouveau tarif ou ce nouveau prix tient également compte, au moins pour partie, » ;

c) Au quatrième alinéa, après les mots : « aux articles L. 162-17, » il est inséré la référence : « L. 162-22-7 » et cet alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans ce cas, ces mêmes ministres peuvent également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements. » ;

4° L’article L. 162-22-7-2 est abrogé.

II. – Le présent article entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018, sous les réserves suivantes :

1° Les dispositions du II de l’article L. 162-16-5 et du II de l’article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant de la présente loi entrent en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2018 ;

2° Le prix limite de vente aux établissements mentionné au I de l’article L. 162-16-6 du même code, pour les spécialités faisant déjà l’objet d’une fixation de tarif à la date de la publication de la présente loi, est égal au tarif de responsabilité de cette spécialité, jusqu’à leur modification éventuelle par convention ou décision du Comité économique des produits de santé ;

3° Les décisions de prise en charge ou de remboursement, les tarifs ou les prix édictés en application des dispositions de l’article L. 162-17-2-1 du même code antérieurement à la publication de la présente loi, demeurent en vigueur jusqu’à leur modification éventuelle au titre des dispositions de la présente loi.

III. – Après le premier alinéa du II de l’article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu’un patient relevant d’un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français, bénéficie d’un ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l’article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations. ».

Exposé des motifs

La spécificité du fonctionnement des établissements de santé a nécessité de développer des règles particulières pour l’achat et la prise en charge des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) en leur sein : l’achat peut notamment être réalisé par appels d’offres,

la prise en charge varie selon le circuit du patient (« liste en sus » pour les produits les plus innovants et onéreux, rétrocession par les pharmacies lorsque le produit a vocation à être utilisé en ambulatoire,...). Il apparaît toutefois nécessaire de faire évoluer plusieurs dispositifs existants pour permettre les simplifier et permettre une meilleur efficacité des prises en charge.

La mesure abroge tout d'abord le mécanisme de minoration tarifaire qui consistait à diminuer le tarif d'hospitalisation pour chaque séjour au cours duquel un produit de la liste en sus était utilisé. Ce dispositif a en effet complexifié le circuit de facturation des établissements sans toutefois permettre de modifier les recours à la liste en sus. La mesure crée également un tarif unique de remboursement pour les médicaments à l'efficacité équivalente, notamment les génériques et les bio-similaires : ce dispositif permettra au Comité économique des produits de santé de toujours proposer le même niveau de tarif pour tous les produits d'une même classe, et ainsi de ne pas en favoriser certains lors des appels d'offres. La mesure prévoit également de rapprocher le montant facturé aux patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger des coûts réellement supportés par les établissements : il sera dorénavant possible de facturer directement le coût de la consommation de produits onéreux de la liste en sus aux patients de ces régimes. Enfin, pour favoriser lorsque cela est nécessaire le recours au dispositif de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU), qui permet notamment d'encadrer l'usage d'un médicament dès lors que des conditions suffisantes de sécurité et d'efficacité sont réunies, la mesure permet au Comité économique des produits de santé de renégocier le prix des médicaments concernés en vue de leur prise en charge dans l'indication faisant l'objet d'une RTU.

Chapitre 3 : Accroître la pertinence et la qualité des soins

Article 39

[Renforcer la pertinence et l'efficacité des prescriptions hospitalières]

I. - Après le premier alinéa de l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si les objectifs sont réalisés, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, dans les mêmes conditions, notifier un intéressement à l'établissement, sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, dans la limite de 30 % des économies constatées. Le montant de l'intéressement est proportionnel aux économies réalisées et tient compte de l'ensemble des objectifs fixés au contrat. »

II. - Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019 au titre de l'évaluation des contrats ou avenant conclus à compter du 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

L'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a créé le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins. Celui-ci a notamment permis de fusionner, sur un même support et dans le cadre d'une procédure harmonisée, l'ensemble des dispositifs visant à garantir un juste recours à des soins de qualité, ce qui implique notamment une régulation des dépenses d'assurance maladie qui ne seraient pas justifiées au regard de la pertinence des actes, des prestations ou des prescriptions. Ce nouveau contrat permet d'une part, de redonner son sens et une plus grande lisibilité au modèle contractuel et d'autre part, de permettre aux établissements de santé, aux ARS et l'assurance maladie de s'inscrire dans une démarche partagée.

La présente mesure vise à étendre la portée de ce contrat en permettant d'octroyer un intéressement aux établissements de santé, dès lors qu'ils répondent aux objectifs contractuels de qualité, de pertinence et d'efficacité des soins.

Article 40

[Améliorer la pertinence de l'utilisation des produits de santé]

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

1° A l'article L. 161-37, après le 12°, sont insérés un 13° et un 14° ainsi rédigés :

« 13° Etablir et mettre en œuvre la procédure de certification des activités de présentation, d'information ou de promotion en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées afin notamment de garantir le respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 ;

« 14° Evaluer, dans le cadre de la procédure de certification des établissements mentionnée au 4° du présent article, la mise en œuvre par les établissements de santé des obligations prévues au 18° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique. » ;

2° L'article L. 162-38 est ainsi modifié :

a) Au I *bis*, après les mots : « les médicaments » sont insérés les mots : « , les dispositifs médicaux et les prestations associées » ;

b) Au II, au premier alinéa, après les mots : « les prix des produits » sont insérés les mots : « de santé et des prestations éventuellement associées » ;

c) Après le premier alinéa du II, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Elle veille également à ce que ces logiciels informent des conditions spécifiques de prescription ou de prise en charge des produits de santé et des prestations éventuellement associées, notamment en mettant à disposition des prescripteurs la codification prévue pour la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et en conduisant à l'utilisation de cette codification lors de la prescription. Elle garantit que ces logiciels intègrent les référentiels de prescription ou tout autre document relatif à la prescription arrêtés par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Elle garantit également que ces logiciels permettent l'accès aux services dématérialisés déployés par l'assurance maladie et dont la liste est fixée par arrêté des mêmes ministres. » ;

d) Au dernier alinéa du II, le mot : « médicamenteuse » est remplacé par les mots : « des médicaments, des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées » ;

e) Le premier alinéa du III est complété par la phrase : « Cette procédure comprend également la certification des fonctions relatives à la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées. » ;

f) Au dernier alinéa du III, les mots : « et de conformité » sont remplacés par les mots : « , de conformité et d'efficacité », et après les mots : « de la dispensation » sont insérés les mots : « et de la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées » ;

g) Le IV est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sans préjudice des alinéas précédents, ces certifications sont rendues obligatoires pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales s'agissant des dispositifs médicaux et de leurs prestations associées éventuelles ou une aide à la délivrance de ces produits et prestations associées, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1^{er} janvier 2021. » ;

3° Après l'article L. 162-17-8, il est inséré un article L. 162-17-9 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-9.* – Une charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la présentation, de l'information ou de la promotion des dispositifs médicaux à usage individuel, des produits de santé autres que les médicaments et des prestations de service et d'adaptation éventuellement associées est conclue entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

« La charte est valablement conclue dès lors que les signataires, au titre des syndicats ou organisations, représentent plus du tiers des montants remboursés au titre de la liste mentionnée à l'article L. 165-1, abstraction faite des distributeurs pour le champ hospitalier. « La charte conclue s'applique à l'ensemble des fabricants ou distributeurs de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

« La charte est approuvée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. En cas de refus d'approbation, ou en l'absence d'accord, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la charte des qualités de la promotion des produits ou prestations.

Les conditions de renouvellement et de dénonciation de la charte par les ministres sont fixées par décret en Conseil d'État.

« La charte vise, notamment, à mieux encadrer les pratiques commerciales, promotionnelles, de présentation ou d'information, qui pourraient nuire à la qualité des soins ou conduire à des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. La charte précise les conditions dans lesquelles les entreprises rendent compte de leur activité de présentation, d'information et de promotion.

« Le Comité économique des produits de santé peut fixer des objectifs chiffrés d'évolution des pratiques commerciales, promotionnelles, de présentation ou d'information, le cas échéant pour un ensemble de produits ou prestations comparables ou pour certains produits ou prestations.

« Le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise qui n'a pas respecté les décisions du comité mentionnées au précédent alinéa prises à son encontre ou qui n'a pas respecté une ou plusieurs dispositions de la charte.

« Le montant de la pénalité ne peut 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 produits ou prestations concernés par le manquement. La pénalité est déterminée en fonction de la gravité du manquement constaté.

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

« Tout professionnel, organisme ou établissement constatant un manquement à la charte en informe, sans délai, le Comité économique des produits de santé. Les agences régionales de santé et les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie peuvent en contrôler la bonne application.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédure relatifs à la pénalité financière, sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

4° Après l'article L. 162-19, il est inséré un article L. 162-20 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-20.* – Au regard notamment de l'intérêt de la santé publique, de l'impact financier ou des risques de mésusage, la prise en charge d'un produit de santé et de ses prestations éventuellement associées peut être subordonnée au renseignement, par le professionnel de santé sur l'ordonnance, d'éléments relatifs au contexte ou à la motivation de la prescription.

« Ces éléments, ainsi que tout autre élément nécessaire présent sur l'ordonnance ou devant l'être, font l'objet d'une transmission au service du contrôle médical par le prescripteur, le pharmacien ou, le cas échéant, par un autre professionnel de santé, selon une forme déterminée par voie réglementaire.

« Le non-respect de ces obligations, y compris celles relatives à la transmission des informations, peut donner lieu à un recouvrement de l'indu selon la procédure prévue à l'article L. 133-4. ».

II. – A défaut de conclusion, entre le Comité et les syndicats ou organisations, de la charte prévue à l'article L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale avant le 30 septembre 2018, cette charte est arrêtée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

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

1° Après l'article L. 5122-16 il est inséré un article L. 5122-17 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5122-17.* – Sont fixées par voie réglementaire des règles de bonne pratique relatives aux activités de formation à la connaissance ou à l'utilisation des produits de santé. Ces règles de bonne pratique définissent notamment la qualification requise des intervenants et les modalités de déclaration des formations reçues et de leur contenu. » ;

2° L'article L. 5213-1 est ainsi modifié :

a) Au I, les mots : « au sens de l'article L. 5211-1 » sont remplacés par les mots : « ou

prestations associées », et après les mots : « ces dispositifs » sont insérés les mots : « ou prestations » ;

b) Au 3° du II, après le mot : « matériovigilance » sont insérés les mots : « ou de la réactovigilance » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 5213-2 est supprimé et au second alinéa de ce même article, après les mots : « La publicité » sont insérés les mots : « des dispositifs médicaux qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5211-3 » ;

4° L'article L. 5213-3 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « dispositifs médicaux » sont insérés les mots : « ou prestations associées » et après le mot : « humaine », sont insérés les mots : « ou n'ayant pas d'impact important sur les dépenses d'assurance maladie, » ;

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

« L'interdiction de publicité mentionnée au précédent alinéa ne s'applique pas aux dispositifs médicaux individuels d'optique médicale et aux audioprothèses ainsi qu'à leurs éventuelles prestations associées. » ;

5° L'article L. 5213-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 5213-4. – La publicité pour un dispositif médical et ses prestations associées auprès des membres des professions de santé habilités à prescrire ou à dispenser les dispositifs médicaux ou à les utiliser dans l'exercice de leur art, ou auprès de tout autre distributeur, est soumise à une autorisation préalable de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dénommée « visa de publicité ».

« Ce visa peut être suspendu en cas d'urgence ou retiré par décision motivée de l'Agence. » ;

6° L'article L. 5223-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 5223-1. – Les articles L. 5213-1 à L. 5213-7 s'appliquent aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5221-2. » ;

7° Les articles L. 5223-2 à L. 5223-5 sont abrogés ;

8° A l'article L. 6143-7, après le 17°, il est inséré un 18° ainsi rédigé :

« 18° Définit, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information, ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation. Ces conditions permettent notamment le respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale, et des dispositions législatives et réglementaires relatives à ces activités. » ;

9° Le premier alinéa du I de l'article L. 6161-2-2 est complété par la phrase : « Elles contribuent à l'élaboration des conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information, ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation. ».

Exposé des motifs

Le développement de nouveaux dispositifs médicaux et la très grande hétérogénéité des produits de cette catégorie rendent plus difficile la mise à disposition d'une information de qualité à destination des professionnels de santé pour l'ensemble des dispositifs pris en charge par l'Assurance maladie. La forte dynamique de croissance des dépenses de ce champ (5% par an en moyenne) semble pourtant être pour partie liée à l'absence d'une telle information, qui permettrait un recours plus efficace aux produits remboursés.

Le présent article vise à se doter de moyens ambitieux pour fournir une information claire, de qualité et facilement mobilisable pour aider les professionnels de santé dans leurs choix thérapeutiques et le respect des conditions de prise en charge. La mesure permet notamment d'encadrer la visite médicale pour les dispositifs médicaux et les prestations associées, à l'instar de ce qui existe déjà pour les médicaments, et met en place une procédure de certification de cette visite et de toutes autres activités d'information sous l'égide de la Haute Autorité de santé. Elle limite également les situations dans lesquelles il est possible de faire la publicité de ces dispositifs médicaux. Pour favoriser la diffusion rapide d'une

information homogène (tant sur la sécurité des soins que sur l'efficacité de la prise en charge), l'article étend par ailleurs le principe de certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation aux fonctions relatives aux dispositifs médicaux : cette certification permettra notamment de mettre à disposition de façon plus évidente les informations présentes au sein de la liste des produits et prestations (LPP). La mesure rend également possible de demander au prescripteur de mieux informer le contrôle médical du contexte le conduisant à recourir à un produit de santé particulier.

L'ensemble de ces dispositions doit permettre d'utiliser ces produits de santé dans les situations qui sont à la fois médicalement justifiées et conformes aux indications de prise en charge, ce qui permettra de rendre plus soutenables pour l'assurance maladie la dynamique de croissance de ces dépenses et devra offrir à terme des soins de meilleure qualité.

Article 41

[Renforcer la régulation du secteur des dispositifs médicaux]

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

1° Après l'article L. 162-17-3, il est inséré un article L. 162-17-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-3-1.* - Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent participer au fonctionnement du Comité économique des produits de santé par la mise à disposition de leurs personnels, dans une limite fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Par dérogation au premier alinéa de l'article 43 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, ces mises à disposition ne sont pas assorties de remboursement par l'État. Les régimes obligatoires d'assurance maladie peuvent faire bénéficier l'État d'une dotation pour le développement et la maintenance de systèmes d'information relatifs aux produits de santé. Le montant de cette dotation est fixé par arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale. » ;

2° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-5 est remplacée par une phrase ainsi modifiée : « Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge au titre de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ou pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation au titre des articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionnés aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-7, des produits et prestations concernés. » ;

3° Après l'article L. 165-2, il est inséré un article L. 165-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-2-1.* - Lorsque, dans le cadre de l'inscription ou du maintien de l'inscription, sous quelque forme que ce soit, de produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, ou d'une négociation tarifaire, le fabricant ou le distributeur produit, à son initiative ou sur demande, des données relatives aux conditions de prise en charge, aux volumes de ventes ou aux montants remboursés par les régimes d'assurance maladie dans d'autres pays de l'Union européenne, ainsi que des données relatives aux conditions réelles ou prévisibles d'utilisation ou aux volumes de vente en France, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant ou du distributeur qui fournirait des données manifestement erronées.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour les produits ou prestations considérés. Dans le cas d'une première demande d'inscription de produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, la pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires annuel, hors taxes pour la France, estimé sur la base de la population de patients ayant vocation à bénéficier du traitement correspondant aux produits ou prestations concernés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

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

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;
4° Le II de l'article L. 165-3-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, les pharmaciens titulaires d'officines sont regardés comme étant représentés par le ou les syndicats représentatifs des pharmaciens titulaires d'officine au sens de l'article L. 162-33, sauf opposition d'un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine qui, dans ce cas, relèvent alors des modalités prévues aux deux alinéas précédents. Les volumes de vente affectés à chaque syndicat sont établis sur la base des données de l'assurance maladie, en multipliant l'audience de ce syndicat par les volumes de vente de l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officines, à l'exception de ceux ayant notifié leur opposition. » ;

5° L'article L. 165-4 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

- il est précédé par un : « I » ;

- après les mots : « volumes de ventes » sont insérés les mots : «, les dépenses remboursées par l'assurance maladie, le cas échéant par indication thérapeutique, les conditions réelles d'usage des produits ou prestations, les niveaux de recours au sein d'une catégorie de produits ou prestations comparables, ainsi que sur les autres critères prévus aux I et II de l'article L. 165-2. Ces critères peuvent être considérés pour un ensemble de produits ou prestations comparables même si la convention ne porte que sur certains de ces produits ou prestations. » ;

- à la deuxième phrase, après les mots : « les produits » sont insérés les mots : « ou prestations » ;

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

« II. – Le remboursement par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les fabricants ou distributeurs. Le cas échéant, une décision du Comité économique des produits de santé précise si ces remises sont dues par les fabricants ou par les distributeurs. Les remises peuvent concerner un produit ou une prestation ou, le cas échéant, un ensemble de produits ou prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte l'évolution globale des volumes de ventes pour cet ensemble de produits ou prestations.

« S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial, les remises sont fixées par convention entre le fabricant ou le distributeur et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité.

« S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste par description générique ou description générique renforcée, les remises sont fixées par convention entre le comité et un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du comité. » ;

c) Au début du deuxième alinéa, il est inséré un : « III » et après les mots : « des produits » sont insérés les mots : « ou prestations » ;

6° L'article L. 165-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le prix d'achat des produits ou prestations acquitté par l'établissement ne peut, le cas échéant, être supérieur au prix mentionné à l'article L. 165-3. »

Exposé des motifs

Le caractère particulièrement dynamique des dépenses de dispositifs médicaux prises en charge par l'assurance maladie rend nécessaire un renforcement des moyens de négociation

du comité économique des produits de santé (CEPS).

La mesure vise donc à doter le CEPS de nouveaux dispositifs lui permettant de diversifier les approches lors des négociations qu'il mène avec les fabricants et les distributeurs de dispositifs médicaux ou prestations associées. Dorénavant, le CEPS pourra notamment définir des conditions d'accès au marché prévoyant le versement de remises, par exemple en cas d'une utilisation moyenne par patient plus importante que prévue d'un dispositif donné, ou baisser les prix et tarifs de remboursement lorsqu'un certain montant remboursé par l'assurance maladie au titre de ce dispositif est dépassé. Le dispositif prévoit également que le CEPS dispose d'éléments économiques fiables lors de ces négociations. La mesure clarifie les conditions de négociation des produits sous descriptions génériques renforcées pour les pharmaciens, et précise le rôle joué par le prix fixé par le CEPS lors des achats hospitaliers. Enfin, la mesure permet de faire contribuer les caisses d'assurance maladie au fonctionnement quotidien du CEPS et au déploiement d'un nouveau système d'informations dans le champ des produits de santé.

Article 42

[Uniformiser et renforcer le mécanisme de demande d'autorisation préalable]

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

1° A l'article L. 162-4, après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Lorsqu'ils prescrivent des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 en l'absence d'accord de prise en charge des prestations prévu à l'article L. 315-2. Lorsque cette demande d'accord est en cours d'instruction, le médecin inscrit que la prise en charge est subordonnée à un accord préalable du service médical. » ;

2° L'article L. 315-2 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « A défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai fixé par décret, l'avis est réputé favorable ; ce délai peut être différent selon la nature de la prestation. » et le mot : « dont » est remplacé par les mots : « remplissant l'un des critères suivants » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « la nécessité » sont remplacés par les mots : « leur nécessité » et l'alinéa est complété par les mots : « notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage, ou » ;

c) Au quatrième alinéa, les mots : « la justification » sont remplacés par les mots : « leur justification » ;

d) Au cinquième alinéa, les mots : « doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact » sont remplacés par les mots : « , prévisible ou constaté, de la prestation en elle-même » et après les mots : « des familles » sont insérés les mots : « , justifie un suivi particulier ; » ;

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

« - l'utilisation d'alternatives est moins coûteuse. » ;

f) Après le septième alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une proposition tendant à l'application de la procédure d'accord préalable à certaines prestations. En l'absence de décision de ce collège à l'expiration d'un délai fixé par décret, cette décision peut être prise par arrêté des mêmes ministres.

« Indépendamment des dispositions des deux alinéas précédents, la décision peut être prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à l'occasion de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit sur les listes, ou l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7 ou à l'article L. 165-1 du présent code, à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 de ce même code ou au titre d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article

sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« L'intervention d'un accord sur la prise en charge d'une prestation ne préjuge pas des résultats d'un réexamen ultérieur de cet avis par le service du contrôle médical, pouvant le cas échéant conduire à en modifier le sens. » ;

g) A l'avant-dernier alinéa les mots : « des deuxième à cinquième alinéas » sont remplacés par les mots : « du présent article relatifs à la procédure d'accord préalable » ;

3° Après l'article L. 315-2-1, il est inséré un nouvel article L. 315-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 315-2-2.* - Lorsque la prise en charge d'un produit de santé et des prestations associées est subordonnée à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 315-2, le pharmacien, le prestataire de services ou tout autre distributeur de matériel auprès du public informe le patient de ces conditions particulières de prise en charge et s'assure que l'accord du service du contrôle médical autorisant la prise en charge du produit et des prestations par l'assurance maladie a été rendu.

« Le non-respect par tout distributeur des obligations prévues au précédent alinéa, notamment en ce qui concerne la tarification et la facturation des produits de santé et des éventuelles prestations associées, peut donner lieu à un recouvrement de l'indu selon la procédure prévue à l'article L. 133-4. »

II. - Les décisions du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale prises antérieurement à la publication de la présente loi demeurent en vigueur tant qu'elles ne font pas l'objet d'une nouvelle décision prise au titre de la présente loi.

Exposé des motifs

Le dispositif de demande d'accord préalable (DAP) permet pour certains actes, produits ou prestations, de conditionner le remboursement par l'assurance maladie à l'obtention d'un accord préalable du service médical de l'assurance maladie. Ce dispositif constitue un outil important de régulation pour favoriser une plus grande efficacité des prescriptions ; toutefois, il est aujourd'hui insuffisamment appliqué et contrôlé.

La présente mesure vise donc à renforcer l'efficacité du mécanisme selon trois axes : en instaurant le principe du silence vaut acceptation de la demande par le service du contrôle médical dans des délais fixés par décret ; en complétant, clarifiant et sécurisant ses critères de mise en œuvre ; en prévoyant l'obligation pour le prescripteur d'inscrire la mention « non remboursable » sur l'ordonnance du produit ou de la prestation prescrite, dès lors que l'accord du contrôle médical n'a pas été sollicité ou n'est pas intervenu.

La mesure a également pour objet de permettre aux ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale de proposer l'instauration d'une DAP et, à défaut de sa mise en œuvre, de l'initier par arrêté ou, pour les produits de santé, de l'instaurer dès leur inscription au remboursement. S'agissant des produits de santé et plus particulièrement des dispositifs médicaux, il s'agit d'unifier deux procédures semblables.

Enfin, pour les produits de santé, le rôle du pharmacien ou du distributeur dans cette procédure est clarifié.

Article 43

[Étendre la mise sous objectifs et la mise sous accord préalable à tous les prescripteurs]

I. - L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Aux I et II, le mot : « médecin » est remplacé, dans ses six occurrences, par les mots : « professionnel de santé » et le mot : « médecins » est remplacé, dans ses quatre occurrences, par les mots : « professionnels de santé » ;

2° Aux troisième et sixième alinéas, les mots : « consultations effectuées » sont remplacés par les mots : « patients pour lesquels au moins un acte ou un soin ont été facturés au cours de la période considérée, » ;

3° Au quatrième alinéa, les mots : « nombre de telles prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées » sont remplacés par les mots : « montant de remboursement de

transports occasionné par ces prescriptions, ou encore d'un tel nombre ou montant de prescriptions rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou un soin a été facturé au cours de la période considérée, ».

II. - A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-17 du même code, après les mots : « refus de prise en charge » sont insérés les mots : « ou en l'absence de demande d'accord préalable ».

Exposé des motifs

La procédure de mise sous accord préalable (MSAP), introduite en 2004 afin de mieux réguler les prescriptions atypiques d'arrêt de travail ou de transport de certains médecins, a été étendue progressivement à d'autres prestations comme les médicaments. Cette procédure a été complétée, en 2009, par un mécanisme préalable de mise sous objectif (MSO).

Les dispositifs de MSO/MSAP ont montré une réelle efficacité : la campagne MSO/MSAP sur les indemnités journalières engagée en 2013, a ainsi permis de réaliser une économie de 121 millions d'euros sur la période 2013- 2014.

Ces procédures ne peuvent toutefois être mises en œuvre qu'auprès des seuls prescripteurs médecins.

La présente mesure vise donc à étendre la MSO/MSAP aux prescriptions effectuées directement par les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les infirmiers. Elle a également pour objet de réviser certains critères de ciblage pour favoriser un accompagnement plus adapté des professionnels.

Chapitre 4 : moderniser le financement du système de santé

Article 44

[Report de l'application du règlement arbitral dentaire]

Les relations entre les caisses d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes autorisés à exercer en France et exerçant leur activité à titre libéral sont régies à compter du 1^{er} janvier 2018 par les dispositions du règlement arbitral approuvé en application de l'article 75 de la loi n° 2016-1827 de financement de la sécurité sociale pour 2017 sous les réserves suivantes :

1° Aux articles 3 et 4 du règlement ainsi qu'à son annexe I, les mentions des années 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021 sont remplacées respectivement par les mentions des années 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022 ;

2° A l'article 2 du H de l'annexe I du règlement, les montants de référence et attendus pour le déclenchement de la clause de sauvegarde prévue à l'article 3 du règlement sont remplacés par ceux figurant dans le tableau suivant :

Exposé des motifs

L'accès aux soins et la santé bucco-dentaire de la population constituent des enjeux prioritaires pour le Gouvernement. Malgré d'importants progrès concernant la proportion d'enfants indemnes de caries ou la proportion de patients ayant bénéficié d'une consultation annuelle, la situation des soins bucco-dentaires n'est pas satisfaisante : l'état de santé bucco-dentaire des Français reste globalement moins bon que celui des pays européens comparables comme l'Allemagne ou la Suède et ces soins représentent aujourd'hui le premier poste de renoncement aux soins des Français pour raison financière.

Ces enjeux ont conduit l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) à engager des négociations avec les représentants des chirurgiens-dentistes en 2016. En l'absence d'accord, un règlement arbitral, pris en application de l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 et entré en vigueur le 1er avril dernier, a prévu la mise en place d'un plafonnement progressif des tarifs des soins prothétiques, en contrepartie de revalorisations significatives de la base de remboursement des soins

conservateurs par l'assurance maladie ainsi que de mesures en faveur de la prévention et de l'accès aux soins des personnes handicapées.

Pour mettre en œuvre l'engagement du Président de la République d'offrir à tous les Français d'ici 2022 un accès à des offres sans aucun reste à charge pour les prothèses dentaires, un approfondissement de ce chantier en concertation avec les professionnels de santé apparaît indispensable. C'est pourquoi la ministre des solidarités et de la santé a adressé des lignes directrices au directeur général de l'UNCAM le 18 juillet 2017 qui l'engagent à rouvrir les discussions conventionnelles à compter de septembre 2017 en poursuivant trois objectifs : l'accès financier aux soins, le développement de la prévention et une attention particulière portée aux besoins des publics fragiles.

Afin de permettre la reprise du dialogue dans un climat apaisé et compte tenu des délais incompressibles de négociation et de validation d'un éventuel accord conventionnel, il apparaît souhaitable de retarder en l'entrée en vigueur, initialement prévue au 1er janvier 2018, des mesures du règlement arbitral précité qui s'appliqueraient dans l'hypothèse d'une absence d'accord dans le cadre des nouvelles négociations.

La mesure proposée repousse ainsi d'un an l'application du plafonnement des dépassements sur les soins prothétiques et de la revalorisation des soins conservateurs. Les montants de la clause de sauvegarde qui conditionne les nouvelles étapes de revalorisation comme la réduction des plafonds sont également adaptés pour tenir compte de ce report. Le reste du règlement arbitral, en particulier l'augmentation de tarifs plafonds applicables aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, n'est pas affecté par ce report.

Article 45

[Déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes]

I. – Le I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est abrogé à compter du 1^{er} mars 2019.

II. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, les prestations hospitalières mentionnés au 1^o de l'article L. 162-22-6 et les dépenses afférentes aux spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 ne sont pas facturées à la caisse désignée à l'article L. 174-2. Les établissements transmettent à l'agence régionale de santé, à échéances régulières, leurs données d'activité et la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations.

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.

L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent II. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-13, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des valorisation à venir.

La dérogation prévue au présent II prend fin au plus tard au 1^{er} mars 2022 selon des modalités calendaires précisées par décret.

Exposé des motifs

La généralisation de la facturation directe des établissements de santé constitue un enjeu majeur pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. La réussite du déploiement des

actes et consultations externes conduit à proposer de créer un dispositif similaire pour la facturation individuelle des séjours d'hospitalisation, en tirant parti de l'ensemble des travaux menés aux niveaux local et national et en accompagnant les établissements de santé dans les adaptations complémentaires des processus administratifs et de production de l'information médico-économique, ainsi que dans la mise à niveau des logiciels concernés.

Il est ainsi proposé de déployer cette mesure en 4 ans pour une généralisation au 1^{er} mars 2022.

Article 46

[Suppression de la dégressivité tarifaire]

L'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Exposé des motifs

Un dispositif de dégressivité tarifaire a été introduit dans la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

L'objectif de ce dispositif était d'assurer une régulation micro-économique du volume de l'activité des établissements de santé par un ajustement individuel des tarifs applicables à leur activité. Ce dispositif consistait à réajuster à la baisse les tarifs de chaque établissement de santé qui dépassait un certain seuil d'activité pour un ensemble d'activités ciblées. Ce seuil était déterminé en fonction du volume d'actes réalisés au cours des deux années précédentes et de l'activité prévisionnelle pour l'année suivante. Lorsqu'un établissement de santé dépassait ce seuil, un taux de minoration des tarifs de 20% était appliqué à l'activité réalisée au-delà de ce seuil.

Or, à l'issue de deux années de mise en œuvre de ce dispositif, un premier bilan a mis en avant que l'application de la dégressivité tarifaire n'a pas permis d'atteindre les objectifs de meilleure maîtrise individuelle de l'évolution de l'activité des établissements de santé. A l'inverse, il a rencontré d'importantes difficultés techniques de mise en œuvre.

Dans ce contexte, et dans un objectif de simplification, la mesure proposée prévoit l'abrogation du dispositif de dégressivité tarifaire.

Article 47

[Report de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transport inter-établissements dans le budget des établissements de santé]

Au II de l'article 80 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, la date : « 1er mars 2018 » est remplacée par la date : « 1er octobre 2018 »

Exposé des motifs

L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit le transfert dans le budget des établissements de santé des dépenses de transports inter-établissements au 1^{er} mars 2018.

Or la poursuite des travaux techniques ainsi que la phase de concertation avec les fédérations représentatives des établissements de santé ont révélé la nécessité d'accorder aux acteurs un délai supplémentaire, de manière à garantir une mise en œuvre de la réforme dans les meilleures conditions.

La présente mesure vise à reporter au 1^{er} octobre 2018 l'entrée en vigueur de ce transfert.

Article 48

[Déploiement de la réforme du financement des activités des SSR]

I. - L'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale issu de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de la sécurité sociale pour 2017 devient l'article L. 162-23-16 du même code.

II. - L'article 78 modifié de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la

sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

A. - Le III est ainsi modifié :

1° Aux A et B, les mots : « mars 2018 » sont remplacés par les mots : « janvier 2020 » ;

2° Au C, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

3° Au D, les mots : « est réduit chaque année et » sont supprimés ;

4° Le E est ainsi modifié :

a) Le 2° est ainsi modifié :

- au premier alinéa, les mots : « 28 février 2018 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2019 » ;

- le deuxième alinéa du *a* est supprimé.

- au *b*, après les mots : « santé et de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « , qui peuvent être différentes en fonction des catégories d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale » ;

- après le *b*, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le niveau des fractions prévues aux *a* et *b* peut être différencié par catégorie d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. » ;

b) Le 3° est ainsi modifié :

- au *a*, les mots : « mars 2018 » sont remplacés par les mots : « janvier 2020 » ;

- au *b*, les mots : « à compter du 1^{er} janvier 2018 » sont remplacés par les mots : « au plus tard au 1^{er} janvier 2020 » ;

c) Le 6° est ainsi modifié :

- au premier alinéa, l'année : « 2018 » est remplacée par l'année : « 2019 » et les mots : « est constitué : », sont remplacés par les mots : « est constitué des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2° et 3° du présent E. » ;

- les *a* et *b* sont abrogés ;

5° Au F, les mots : « 28 février 2018 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2019 » ;

B. - Aux V et VI, les mots : « 28 février 2018 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2019 ».

Exposé des motifs

Introduite par l'article 78 de la LFSS pour 2016, la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) vise à mettre en place un modèle de financement plus équitable, commun aux secteurs public et privé, et adapté aux spécificités de ces prises en charge. Elle repose sur un modèle mixte qui associe une part de financement à l'activité et des financements forfaitaires permettant de prendre en compte les besoins spécifiques du SSR.

Cette réforme structurante, attendue par les acteurs hospitaliers, doit néanmoins être mise en place de manière progressive en vue de permettre l'appropriation du nouveau modèle et sa mise en œuvre dans les meilleures conditions possibles pour les établissements concernés. La mesure vise ainsi à prolonger de deux ans le dispositif transitoire mis en place en 2017 et fondé sur l'application combinée des anciennes et des nouvelles modalités de financement, permettant ainsi d'assurer une montée en charge progressive.

La mesure a également pour objectif de simplifier certains aspects du dispositif et prévoit la possibilité d'introduire plus de souplesse dans la montée en charge du modèle.

Article 49

[Évolution des compétences financières des ARS]

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

1° Le second alinéa de l'article L. 1432-5 est complété par les mots : « , ainsi que la gestion de tout crédit versé à l'agence et destiné à financer une action entrant dans le champ des missions définies à l'article L. 1435-8 » ;

2° Au 1° de l'article L. 1435-9, les mots : « des ministres chargés de la santé, du budget, » sont remplacés par les mots : « du ministre chargé » et les mots : « des personnes âgées et

des personnes handicapées » sont supprimés ;

3° Après l'article L. 1435-9, il est inséré un article L. 1435-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1435-9-1.* - Par dérogation au *b* de l'article L. 1435-9 et à l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les crédits relevant du fonds d'intervention régional destinés au financement des dispositifs prévus aux articles L. 113-3 et 48 précités, peuvent être affectés par l'agence régionale de santé à tout dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes intéressant en tout ou partie les personnes âgées et handicapées. » ;

4° Le quatrième alinéa de l'article L. 1435-10 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant, dans la limite d'un plafond fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les crédits non consommés qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant et les crédits correspondant aux sommes notifiées prescrites sont pris en compte pour le calcul du montant des crédits attribués l'année suivante au titre du fonds d'intervention régional fixé par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du présent article. »

II. – Le quatrième alinéa de l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application au service de santé des armées des articles mentionnés au premier alinéa, notamment celles relatives aux compétences du directeur général de l'agence régionale de santé. »

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

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de donner aux agences régionales de santé une plus grande souplesse dans l'utilisation de leurs financements, afin de renforcer l'efficacité des dépenses dont elles assurent la gestion.

En premier lieu, le financement des établissements du service de santé des armées par l'assurance maladie fait l'objet d'un circuit décisionnel propre, centralisé au niveau national. Cette centralisation conduit à reconduire des financements sur une logique historique sans adéquation avec les missions réalisées aujourd'hui par ces établissements. La mesure proposée vise à modifier les modalités particulières de versement aux hôpitaux des armées des dotations et forfaits mentionnés aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale ainsi que des recettes liées à la tarification à l'activité pour permettre une allocation des ressources plus efficace et plus équitable entre tous les établissements, en favorisant l'intégration régionale des hôpitaux des armées et dans un souci de simplification administrative.

En deuxième lieu, le rôle des dispositifs d'appui à la coordination territoriale est de faciliter le parcours de santé des personnes (au sens de l'organisation mondiale de la santé, intégrant l'appui à l'autonomie) au sein de leur territoire de vie, notamment pour celles présentant des situations complexes. Différents dispositifs d'appui à la coordination territoriale se sont successivement mis en place depuis 1997. Ils varient selon la population considérée (patients, personnes âgées en perte d'autonomie, personnes handicapées...) et les missions dévolues au dispositif (centré sur les professionnels ou sur les personnes prises en charge). Cette juxtaposition se révèle complexe tant pour les usagers que pour les professionnels concernés. L'objet de la mesure est donc de favoriser une convergence de ces dispositifs par une possibilité de fongibilité des financements.

En troisième et dernier lieu, la mesure vise à assouplir les règles de gestion du fonds d'intervention régional (FIR) : au niveau national, en simplifiant un arrêté en cohérence avec le vote des sous objectifs de l'ONDAM et, au niveau régional, par la possibilité d'abonder le budget annexe des agences régionales de santé (ARS) d'autres sources de financement que les crédits FIR.

Article 50

[Efficience et adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social]

Le titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 313-1 est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Toute autorisation est, totalement ou partiellement, réputée caduque si tout ou partie de l'activité de l'établissement ou du service, n'est pas ouverte au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret. » ;

2° Après le troisième alinéa du A du IV *ter* de l'article L. 313-12, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour ces établissements et services, le contrat peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis par décret en Conseil d'Etat. » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « les services mentionnés au 6° du même I » sont insérés les mots : « , et les établissements d'accueils de jour pour personnes âgées » ;

b) Après la deuxième phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « A l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12, il peut inclure les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. » ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 314-6 est ainsi modifié :

a) A la première phrase, après les mots : « par voie réglementaire », sont insérés les mots : « , à l'exception des conventions d'entreprise ou d'établissement applicables exclusivement au personnel d'établissements et services ayant conclu l'un des contrats mentionnés au IV *ter* de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2 » ;

b) A la deuxième phrase, les mots : « Ces conventions ou accords » sont remplacés par les mots : « Les conventions ou accords agréés » et les mots : « assurant l'hébergement des personnes âgées et ayant signé un contrat pluriannuel ou une convention pluriannuelle mentionnée aux articles L. 313-11 ou L. 313-12 » sont remplacés par les mots : « et services ayant conclu un contrat mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2 ».

Exposé des motifs

Dans un objectif de recherche d'efficience et de meilleure adéquation entre l'offre et les besoins dans le secteur médico-social, plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre, tels que la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou encore la réforme du régime de l'autorisation. Il apparaît cependant nécessaire de poursuivre cette démarche, à travers :

-la suppression de l'opposabilité des conventions collectives de travail aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) signataires d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;

-une harmonisation des dispositions relatives aux CPOM des EHPAD et des autres ESSMS, ainsi qu'une précision sur le champ d'application de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles ;

-l'introduction de la caducité partielle des autorisations délivrées aux ESSMS.

Article 51

[Transfert des missions de l'ANESM au sein de la HAS]

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

1° Au quatrième alinéa du b du 2° du I de l'article L. 14-10-5, les mots : « dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la » sont supprimés ;

2° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale » ;

b) Aux troisième, sixième et seizième alinéas, les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;

c) Les huitième à quinzième alinéas sont supprimés ;

d) Au dernier alinéa, le mot : « l'agence » est remplacé par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;

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

« Une commission de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est chargée d'établir et de diffuser les procédures, les références et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles mentionnées au premier alinéa, de donner un avis sur les conditions et modalités de l'habilitation des organismes chargés de l'évaluation externe, et de se prononcer sur les conditions et modalités de radiation de la liste prévue au troisième alinéa. ».

II. – Le chapitre Ier du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 12° de l'article L. 161-37, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 13° Mettre en œuvre les missions qui lui sont dévolues à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles. » ;

2° Au troisième alinéa de l'article L. 161-41, après les mots : « Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, » sont insérés les mots : « L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, ».

III. – L'ensemble des biens, personnels, droits et obligations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont transférés de plein droit à la Haute Autorité de santé. Le transfert des droits et obligations ainsi que des biens de toute nature en application du présent article s'effectue à titre gratuit et ne donne pas lieu à perception d'impôts, droits ou taxes. Le transfert des salariés de droit privé s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 1224-3 du code du travail. Par dérogation à l'article 14 *ter* de la loi du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, les agents contractuels de droit public transférés conservent le bénéfice des stipulations de leur contrat.

IV. – Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} avril 2018.

Exposé des motifs

Dans un objectif de recherche d'efficacité et de rationalisation dans le pilotage des politiques publiques, il est proposé de transférer les missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute autorité de santé (HAS). Cette fusion permettra de renforcer la complémentarité des approches de la qualité et un partage méthodologique et de favoriser un pilotage transversal plus efficace des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Article 52

[Dotation de l'assurance-maladie au FMESSP, à l'ONIAM, et 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 de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 448,7 millions d'euros pour l'année 2018.

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 131,7 millions d'euros pour l'année 2018.

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 105 millions d'euros pour l'année 2018.

Exposé des motifs

Cette mesure fixe le montant de la dotation de l'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2018 à hauteur de 448,7 millions d'euros. Cette dotation va permettre d'accompagner des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé.

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 ; mais également de poursuivre la modernisation des systèmes d'information en santé à travers le lancement d'un nouveau plan d'investissement numérique pour les établissements de santé et la montée en charge du projet de modernisation des systèmes d'information des SAMU. Cette dotation permettra également d'assurer le financement des plateformes de séquençage génomique sélectionnées par l'appel à projets France Médecine Génomique et d'accompagner les mesures de sécurisation dans les établissements de santé.

La présente mesure fixe également à 131,7 millions d'euros le montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de l'exercice 2018, montant qui se décline comme suit :

- 35,8 millions d'euros au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) dans le cadre du plan Santé mentale en direction des personnes handicapées dont un relèvement de 2,7 M€ correspondant à la création de 35 nouveaux GEM ;

- 95,9 millions d'euros au titre des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA), permettant le financement des 352 MAIA existantes ainsi que l'actualisation de leur dotation (taux de 1,3%).

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 2018 afférentes aux missions relevant du périmètre de l'assurance maladie sont estimées à 136,82 millions d'euros dont :

- 114,1 millions d'euros au titre des indemnisations (dont dotations aux provisions);
- 7,9 millions d'euros de dépenses de personnel ;
- 4,3 millions d'euros de dépenses de fonctionnement ;
- 10,5 millions d'euros de frais d'avocats et d'expertises.

Il est proposé une dotation d'Assurance Maladie pour 2018 de 105 millions d'euros. Les autres produits de l'office (hors dotation de l'Etat) sont estimés pour 2018 à 29,3 millions d'euros (14 millions d'euros au titre des reprises sur provisions et 15,3 millions d'euros au titre des ressources propres). Au sein du fonds de roulement à la clôture de l'exercice 2018, les réserves prudentielles s'élèveraient à 36,9 millions d'euros, soit un niveau supérieur à deux mois d'indemnisation.

Chapitre 5 : Dispositions relatives aux dépenses de la branche maladie

Article 53

[Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès]

Pour l'année 2018, 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 211,7 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 210,6 milliards d'euros.

Exposé des motifs

La progression des dépenses d'assurance-maladie est maîtrisée, comme en témoigne la fixation d'un ONDAM à 2,3%. La progression spontanée des dépenses demeure en effet soutenue.

Article 54

[ONDAM et sous-ONDAM]

Pour l'année 2018, 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)

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie est fixée à 2,3% en 2018, soit un niveau de 195,2 milliards d'euros. Ce niveau, le plus haut constaté depuis 2014, permet à la fois de maîtriser les dépenses tout en finançant les priorités du Gouvernement en matière d'innovation et d'investissement numérique en santé.

Titre V : Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 55

[Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)]

Pour l'année 2018, 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)

Exposé des motifs

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) devraient diminuer de 0,4 milliard d'euros entre 2017 et 2018. 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 1,7 milliard d'euros en 2018.

Titre VI : Dispositions communes aux différentes branches

Article 56

[COG CNBF]

La sous-section 1 de la section 1 du chapitre III du titre II du livre VII du code de la sécurité sociale est complétée par un article ainsi rédigé :

« Art. L. 723-2-1. - Afin de formaliser le cadre stratégique et d'améliorer l'efficacité de la gestion, l'autorité compétente de l'État conclut avec la caisse nationale des barreaux français, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.

« Cette convention détermine les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont la caisse dispose pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires.

« Elle précise notamment :

« 1° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;

« 2° Les objectifs de l'action sociale ;

« 3° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et d'action sociale ;

« Cette convention prévoit, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

« Elle détermine également les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de la convention et le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés. »

Exposé des motifs

La quasi-totalité des organismes chargés de la gestion de régimes de retraite de base exerce son action dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion, qui détermine, conjointement entre l'organisme et l'Etat, sur une base pluriannuelle, les objectifs de l'organisme et les moyens correspondants.

Le présent article a pour objet de permettre à la caisse nationale des barreaux français de s'inscrire dans un tel cadre. Cette mesure permettra une meilleure formalisation du cadre stratégique de la caisse, au bénéfice des assurés, des retraités et du renforcement de son efficacité de gestion.

Article 57

[Diverses mesures relatives à la lutte contre la fraude]

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au I de l'article L. 114-17, après les mots : « Peuvent faire l'objet » sont insérés les mots : « d'un avertissement ou » ;

2° L'article L. 114-17-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du III., le nombre : « 50 » est remplacé par le nombre : « 70 » et le nombre : « deux » est remplacé par le nombre : « quatre » ;

b) Après le premier alinéa du III, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration, le montant de la pénalité ne pourra être inférieur au montant des sommes concernées, majoré d'une pénalité dont le montant sera fixé dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. » ;

c) Au 2° du IV, les mots : « , sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II » sont supprimés ;

d) Au 3° du IV, le *b* devient le *c* et il est rétabli un *b* ainsi rédigé :

« *b*) Soit notifié à l'intéressé un avertissement ; »

3° L'article L. 114-19 est ainsi modifié :

a) Au huitième alinéa, après les mots : « une demande relevant » sont insérés les mots : « du premier alinéa » ;

b) Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cadre de l'exercice du droit prévu au cinquième alinéa, le refus de communication des documents et renseignements demandés par les agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime entraîne l'application d'une pénalité de 5 000 €. Cette pénalité s'applique pour chaque demande, dès lors que tout ou partie des documents ou renseignements sollicités ne sont pas

communiqués. » ;

4° Au 4° de l'article L. 145-2, après les mots : « dans le cas d'abus d'honoraires » sont insérés les mots : « ou d'actes ou prestations réalisés dans des conditions méconnaissant les règles prévues à l'article L. 162-1-7 » ;

5° L'article L. 256-4 est complété par les mots : « , sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations. »

Exposé des motifs

La mesure vise à renforcer l'arsenal juridique à la disposition des organismes de sécurité sociale dans le cadre des contrôles réalisés au titre de la lutte contre la fraude, à la fois dans le cadre des constats réalisés par les branches prestataires mais également dans le cadre de la lutte contre le travail illégal.

Tout d'abord, elle relève le quantum actuel des pénalités financières afin de les rendre plus dissuasives.

Elle étend également aux prestations de la branche maladie l'interdiction de remise de dettes prévue pour les prestations de la branche famille en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

La mesure élargit les compétences des sections des chambres disciplinaires des ordres professionnels afin de leur permettre de condamner un professionnel de santé au reversement des indus constatés par les organismes d'assurance maladie en cas d'abus d'actes.

En outre, elle instaure une sanction forfaitaire dans le cadre de l'exercice du droit de communication visant des personnes non identifiées.

Enfin, cette mesure vise à mieux encadrer et garantir les droits des assurés en rendant plus lisible la procédure contradictoire. En cas de méconnaissance involontaire des obligations déclaratives, la personne sera invitée à rectifier son erreur après que l'organisme lui ait rappelée la règle applicable. En l'absence d'éléments de nature à prouver la fraude ou la mauvaise foi de l'assuré, aucune pénalité financière ne sera prononcée par les organismes.

ANNEXES

ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE
2016, 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 2016

I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2016 :

(en milliards d'euros)

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 101,4 milliards d'euros au 31 décembre 2016, soit l'équivalent de 4,5 points de PIB.

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 3 exercices. Cette inversion de tendance s'est confirmée et s'est amplifiée en 2016 (baisse de 7,9 milliards d'euros par rapport à 2015). Elle reflète la poursuite de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV (7,0 milliards d'euros en 2016 contre 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 (14,4 milliards d'euros en 2016 après 13,5 milliards d'euros en 2015).

Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (8,1 milliards d'euros en 2016 contre 4,7 milliards d'euros en 2015).

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. Malgré l'augmentation du besoin en fonds de roulement à fin 2016, l'infléchissement de l'endettement financier amorcé en 2015 se confirme en 2016 (118,0 milliards d'euros contre 120,8 milliards d'euros en 2015).

Evolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009

(en milliards d'euros)

II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2016

Le déficit du régime général s'est élevé à 4,1 milliards d'euros en 2016. Il est essentiellement constitué des résultats comptables des branches Maladie et Famille, qui ont respectivement enregistré des déficits de 4,8 milliards d'euros et de 1,0 milliard d'euros. Les branches Vieillesse et Accidents du travail et maladies professionnelles ont quant à elles dégagé des excédents respectivement de 0,9 et 0,8 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 3,6 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi 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. Conformément aux dispositions organiques, la CADES a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

Sans remettre en cause la priorité donnée à la reprise des déficits de la branche Vieillesse et du FSV, compte tenu des marges rendues disponibles par les différentes mesures prises en matière de redressement financier, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu que les déficits des exercices 2012 à 2017 des branches Maladie et Famille pourraient être intégrés dans le champ de la reprise, sans modification des plafonds globaux de reprise ni de l'échéance d'amortissement de la dette transférée à la CADES.

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 désormais l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits qui ne sont pas financés par la CADES.

Au titre de l'exercice 2016, le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général s'est élevé à 0,7 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 CNAMTS 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 2016 des résultats déficitaires. S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 0,3 milliard d'euros en 2016, au même niveau qu'en 2015, portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) à 3,5 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 2016, ces déficits ont été financés en totalité (3,5 milliards d'euros) par une avance de l'ACOSS.

Enfin, la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a dégagé, pour la troisième année consécutive, un excédent (0,3 milliard d'euros en 2016). Cet excédent a été affecté aux réserves du régime, portant celles-ci à 2,1 milliard d'euros.

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 la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2018-2021. Ces prévisions confortent l'objectif de retour à l'équilibre des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse, et se traduisent par l'accélération de la réduction de la dette sociale.

1. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 concrétise la trajectoire de retour à l'équilibre et le désendettement des comptes sociaux

1.1. La reprise économique s'accélère

Compte tenu des informations conjoncturelles les plus récentes, qui confirment une accélération de la croissance plus rapide qu'anticipé, la prévision de croissance pour 2017 présentée par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a été fixée à 1,7%, en hausse de 0,2 point par rapport à la prévision sous-jacente à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. La vigueur de la reprise se traduit par un redressement plus rapide de l'emploi qui conduit à réviser à la hausse l'hypothèse de croissance de la masse salariale du secteur privée fixée dans les lois financières à 3,3%, eu lieu de 2,7% dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. En revanche l'hypothèse d'inflation est révisée à la baisse de 0,2 point, soit une prévision de 1,0%.

Pour 2018, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance et d'inflation identiques à la prévision pour 2017 (1,7% et 1,0% respectivement) et une croissance de la masse salariale privée de 3,1%.

Pour les années 2019 à 2021, les hypothèses du Gouvernement présentées dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques 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% en 2021), qui aurait à son tour un effet à la hausse sur les salaires se traduisant par une accélération de la masse salariale (+3,8% en 2021).

Le Haut Conseil des finances publiques a rendu deux avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du projet de loi de programmation des finances publiques 2018-2022 et du projet de loi de finances pour 2018 au conseil des ministres, et considère que ce scénario macroéconomique est prudent pour 2017 et raisonnable pour 2018.

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.

1.2 Cette reprise favorise l'amélioration des soldes des régimes de sécurité sociale

L'amélioration de la conjoncture économique et la maîtrise des dépenses entraînent une

réduction significative des déficits sociaux. Le déficit prévisionnel de l'ensemble des régimes de base et du FSV devrait ainsi passer sous le seuil des 5 milliards d'euros en 2017, et s'établir à 2,2 milliards d'euros en 2018. Le régime général devrait par ailleurs être en excédent dès 2018.

L'ensemble des régimes de base et le FSV devraient dégager un excédent dès 2019, excédent qui progressera sur les exercices suivants.

Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général, de l'ensemble des régimes de base et du FSV (milliards d'euros)

1.3. La résorption de la dette de la sécurité sociale, effective depuis 3 ans, devrait s'accélérer

Le désendettement de la sécurité sociale se poursuit pour la troisième année consécutive, sous l'effet de trois facteurs principaux.

- En premier lieu, le choix de cantonner la dette sociale et de l'amortir au moyen de recettes affectées à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) permettra en 2017 de réduire de 14,8 milliards d'euros la dette sociale, portant l'amortissement total réalisé par la caisse à 139,5 milliards d'euros, soit environ la moitié de la dette. Le désendettement devrait se poursuivre en 2018, avec un objectif de remboursement de 15,2 milliards d'euros, en augmentation, dans un contexte de taux d'intérêt extrêmement faibles, favorable à cette dynamique de désendettement, et de la hausse spontanée du rendement des recettes qui lui sont affectées.
- En second lieu, le retour à l'équilibre progressif des régimes obligatoires de base permet, à niveau d'amortissement donné de la dette sociale par la CADES, que ce désendettement s'accroisse chaque année, le différentiel entre la dette amortie et les déficits résiduels allant augmentant.
- En troisième lieu, le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) dégage, en investissant les actifs qui lui ont été confiés, un rendement important (1,8 milliard d'euros net en 2016 et 2,0 milliards d'euros nets prévus en 2017) qui lui permet non seulement de participer pour 2,1 milliards d'euros chaque année à l'amortissement de la dette sociale et de conserver un patrimoine dont la valeur est à mettre en regard de la dette sociale.

2. L'amélioration des soldes de l'ensemble des branches traduit l'effort de maîtrise des dépenses

2.1. La branche famille revient en léger excédent, permettant des mesures en faveur des assurés tout en poursuivant l'effort structurel

La situation financière de la branche famille, qui sera à l'équilibre en 2017 pour la première fois depuis 10 ans, sera consolidée sur la période, tout en continuant à s'adapter aux évolutions de la société.

Ce PLFSS comprend ainsi une mesure majorant de 30%, dès la rentrée 2018, le montant maximal du complément de mode de garde (CMG) pour les familles monoparentales, qui sont les plus contraintes dans leur conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. La prochaine COG qui devra être signée au début de l'année 2018 avec la CNAF définira une

évolution maîtrisée du Fonds national d'action sociale et poursuivra, selon une approche résolument territorialisée, les efforts pour améliorer le taux de couverture en mode d'accueil du jeune enfant, avec une attention renforcée aux territoires les plus fragiles.

Dans une perspective de lisibilité et de poursuite des efforts structurels de maîtrise de la dépense, les barèmes de l'allocation de base de la PAJE seront alignés sur ceux du complément familial, pour les nouveaux droits accordés à partir d'avril 2018. Dans le cadre de cette mesure, la prime à la naissance et la prime à l'adoption verront leurs conditions de ressources légèrement resserrées, mais leur montant sera de nouveau revalorisé alors qu'ils étaient gelés depuis 2014. Pour 2018, l'effet net de cette réforme est estimé à 90 millions d'euros de moindres dépenses, avec une montée en charge progressive sur la période.

2.2 La branche maladie du régime général se rapproche de l'équilibre, tout en favorisant la prévention et l'innovation en santé

La progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) par rapport à 2017 est fixée à 2,3%. Ce taux est légèrement supérieur à celui de 2017 mais inférieur au niveau de progression moyen de l'ONDAM depuis 2001. En raison d'une accélération du tendancier de dépenses, le respect de cet objectif nécessitera un niveau d'économies supérieur à celui de 2017, soit 4,2 milliards d'euros. Cet effort sera partagé par l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et accompagné dans le cadre du plan d'appui à la transformation de notre système de santé 2018-2022 qui s'organise autour de six grandes thématiques : prévention, structuration de l'offre de soins ; pertinence et efficacité des produits de santé ; pertinence et qualité des actes ; pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports ; contrôle et lutte contre la fraude.

La progression de l'ONDAM représente 4,4 milliards d'euros de dépenses nouvelles prises en charge par la collectivité sur le champ de la maladie. Ces ressources permettront la mise en œuvre de la nouvelle stratégie nationale de santé dont le présent projet de loi traduit dès cette année plusieurs priorités. La prévention est promue avec l'extension des obligations vaccinales pour les jeunes enfants et l'augmentation du prix du tabac. L'innovation est soutenue par la création d'un fonds d'innovation pour le système de santé, la mise en place d'un cadre juridique favorable à l'accélération des innovations organisationnelles et le soutien à la télémédecine. Enfin, plusieurs mesures viendront favoriser la pertinence des soins notamment l'évolution du cadre de régulation des dispositifs médicaux, le renforcement des moyens d'accompagnement et de contrôle des prescriptions par l'assurance-maladie et la promotion de l'intéressement des établissements de santé

2.3. Le solde combiné de la branche vieillesse et du fonds de solidarité vieillesse s'améliore, mais reste déficitaire

Le solde de la branche vieillesse du régime général accroîtra son excédent, pour s'établir à 1,3 milliard d'euros en 2017, et resterait légèrement excédentaire en 2018 (0,2 milliard d'euros). Il se dégraderait en fin de période. Le déficit du fonds solidarité vieillesse (FSV) se stabilise à 3,6 milliards d'euros en 2017 et devrait connaître un net redressement au cours des années suivantes. Ces évolutions traduisent notamment l'impact du transfert du financement du minimum contributif du FSV à la branche vieillesse d'ici à 2020. Le solde combiné de la branche vieillesse du régime général et du FSV devrait connaître une légère amélioration en 2018, sans toutefois parvenir à court terme à l'équilibre.

L'effort de lutte contre la pauvreté, en faveur des retraités les plus modestes, sera accentué avec une revalorisation exceptionnelle de 100 euros du montant du minimum vieillesse. Celui-ci sera augmenté de 30 euros par mois au 1^{er} avril 2018, de 35 euros par mois au 1^{er}

janvier 2019 et de 35 euros par mois au 1^{er} janvier 2020, date à laquelle il sera ainsi porté à 903 euros par mois (montant pour une personne seule). Cette mesure bénéficiera à l'ensemble des retraités percevant déjà le minimum vieillesse et elle permettra en outre à de nouveaux retraités de bénéficier de cette prestation.

Les dates de revalorisation des pensions de retraite et du minimum vieillesse seront par ailleurs harmonisées au 1^{er} janvier à compter de 2019. La date de revalorisation du minimum vieillesse sera ainsi avancée de 3 mois (du 1^{er} avril au 1^{er} janvier) tandis que celle des pensions de retraite sera portée d'octobre à janvier. Cette mesure permettra aux pensions et au minimum vieillesse d'évoluer de façon cohérente et contribuera à l'amélioration du solde de la branche vieillesse.

2.4. La branche ATMP demeure en excédent

S'agissant de la branche ATMP, les excédents de la branche permettent d'engager un mouvement de décroissance du taux de cotisations, qui fait plus que compenser la hausse de la majoration destinée à couvrir les dépenses liées au compte professionnel de prévention, issu de la réforme du Compte Pénibilité et qui sera financé à compter de 2018 par la branche. Parallèlement à cette baisse des cotisations accidents du travail, une hausse des cotisations d'assurance maladie sera mise en œuvre en 2018 en garantissant une stricte neutralité sur le coût du travail. La négociation de la COG sera l'occasion de réaffirmer la priorité à la prévention.

3. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui met en œuvre les engagements du Président de la République, entraînera des évolutions importantes de l'organisation et du financement de la sécurité sociale à compter de 2018 et 2019

3.1. Les mesures en faveur du pouvoir d'achat des actifs (bascule entre cotisations salariales et CSG) et encourageant l'activité et l'entreprise s'inscrivent dans le cadre d'une évolution du financement de la protection sociale

Un axe majeur du PLFSS pour 2018 vise à encourager l'activité, l'emploi et l'entrepreneuriat.

Cela passe d'abord par une mesure de pouvoir d'achat : les cotisations salariales d'assurance maladie et d'assurance chômage seront complètement supprimées en 2018, en contrepartie d'une augmentation de 1,7 point de la contribution sociale généralisée (CSG). Cette mesure procurera un gain de pouvoir d'achat de 1,45% de la rémunération brute pour la plus grande majorité des salariés. Pour les autres catégories d'actifs, des mesures sont prévues, afin de neutraliser la hausse de la CSG pour la totalité d'entre eux, et d'engendrer des gains de pouvoir d'achat pour les travailleurs indépendants ayant les revenus les plus faibles. Ainsi, trois quarts des travailleurs indépendants bénéficieront d'une baisse de leurs cotisations sociales.

Le financement de cette mesure de pouvoir d'achat est assuré par le relèvement de la CSG sur les revenus du capital et sur les revenus de remplacement, à l'exception des allocations chômage et des indemnités journalières. La hausse de la CSG ne concerne toutefois pas les titulaires de pensions de vieillesse bénéficiant de l'exonération ou du taux réduit de CSG en vertu de ressources modestes : ainsi, 40% des retraités ayant des faibles niveaux de revenus ne subiront aucune perte de pouvoir d'achat. Une partie des retraités qui verront leur pension nette baisser suite au relèvement du taux de CSG bénéficieront par ailleurs de l'exonération progressive de la taxe d'habitation.

Conformément aux engagements du Gouvernement, le PLFSS prévoit, parallèlement à la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) dans le projet de loi de finances, la mise en œuvre en 2019 d'une exonération renforcée des cotisations sociales comprenant deux volets :

- 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 aux salaires inférieurs à 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.
- un renforcement des allègements généraux de cotisations sociales au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi. Désormais, ces allègements généraux porteront également sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire.

Ainsi, au niveau du SMIC, aucune cotisation ou contribution sociale payée habituellement par les entreprises ne sera plus 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. Quelques prélèvements modestes en dehors du champ de la protection sociale resteront également dus (versement transport, apprentissage, construction)

Le dispositif d'exonération de cotisations pendant la première année pour les créateurs d'entreprise, initialement réservé aux chômeurs créateurs, sera étendu à l'ensemble des créateurs afin de lever les freins à l'entrepreneuriat, faciliter l'amorçage des nouvelles entreprises et soutenir les modèles économiques encore fragiles. La mesure, prévue dans le PLFSS 2018, entrera en vigueur en 2019 et bénéficiera à tous les entrepreneurs ayant un revenu annuel net inférieur à 40 000 euros au titre de leur première année d'exercice.

Enfin, afin de faciliter la déclaration des activités économique ponctuelles, de plus en plus fréquentes, dans les conditions les plus simples possible, il est proposé d'élargir le champ du chèque emploi service universel (CESU) à l'ensemble des activités pouvant être réalisées auprès de particuliers. Celles-ci pourront ainsi être déclarées aux administrations sociales de manière rapide, simple et totalement dématérialisée.

3.2. La suppression du RSI en vue de son assimilation progressive par le régime général, constitue une réforme structurelle de la protection sociale, cohérente avec ses principes fondateurs

A compter du 1^{er} janvier 2018, la protection sociale des travailleurs indépendants sera confiée au régime général, qui couvre déjà l'essentiel de la population française. Le RSI, marqué depuis l'origine par de graves dysfonctionnements qui ont fortement affecté les travailleurs indépendants, sera supprimé.

Les missions de recouvrement des cotisations et contributions et de services des prestations aux travailleurs indépendants seront désormais exercées par le régime général qui couvrira donc à la fois les travailleurs salariés et les travailleurs non-salariés. Cette intégration permettra aux travailleurs indépendants de bénéficier d'une qualité de services comparable à celui dont bénéficient les autres catégories d'assurés, leurs spécificités continuant bien entendu à être prises en compte.

Cette réforme, l'une des plus importantes dans l'organisation de la sécurité sociale depuis sa création, permettra aux organismes de sécurité sociale de mieux prendre en compte les

évolutions des parcours professionnels, conduisant à une succession et une combinaison accrue des activités exercées sous statut de salarié ou d'indépendant. Elle conduira, de 2018 à 2020, à transférer progressivement aux organismes du régime général les activités du RSI. La période permettra également de prévoir les conditions d'intégration des agents du RSI, dont les compétences sont indispensables pour assurer une continuité de services et la prise en compte des particularités des non-salariés, au sein des organismes du régime général.

Annexe C

ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES

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

Exercice 2018 (en milliards d'euros)

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

Exercice 2018 (en milliards d'euros)

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

Exercice 2018 (en milliards d'euros)