

N° 154

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 novembre 2016

## PROJET DE LOI

ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE  
EN NOUVELLE LECTURE,

*de financement de la sécurité sociale pour 2017,*

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

À

M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT

*(Envoyé à la commission des affaires sociales.)*

*L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi de financement de la sécurité sociale dont la teneur suit :*

---

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale** (14<sup>ème</sup> législ.) : Première lecture : **4072, 4150, 4151** et T.A. **829**  
Commission mixte paritaire : **4240**  
Nouvelle lecture : **4253** et T.A. **842**  
**Sénat** : Première lecture : **106, 108, 114** et T.A. **25** (2016-2017)  
Commission mixte paritaire : **132** et **133** (2016-2017)



PREMIÈRE PARTIE  
**DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015**

.....

DEUXIÈME PARTIE  
**DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016**

**Article 3**

- ① I. – La loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifiée :
- ② 1° Au premier alinéa de l'article 25, le montant : « 40 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 150 millions d'euros » ;
- ③ 2° Au I de l'article 85, le montant : « 307 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 2 millions d'euros ».
- ④ II, III et IV. – *(Non modifiés)*

**Article 4**

- ① Au titre de l'année 2016, sont rectifiés :
- ② 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 :
- ③ *(En milliards d'euros)*

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Objectifs de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie .....	197,0	201,1	-4,0
Vieillesse .....	228,3	227,1	1,2
Famille.....	48,7	49,7	-1,0
Accidents du travail et maladies professionnelles .....	14,1	13,4	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	474,4	477,6	-3,1
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	471,1	478,0	-6,9

;

- ④ 2° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

- ⑤ (En milliards d'euros)

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Objectifs de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie .....	195,8	199,8	-4,1
Vieillesse .....	124,0	122,9	1,1
Famille.....	48,7	49,7	-1,0
Accidents du travail et maladies professionnelles ....	12,7	12,0	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)....	368,2	371,6	-3,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	366,3	373,5	-7,1

 ;

- ⑥ 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 :

- ⑦ (En milliards d'euros)

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Prévisions de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Fonds de solidarité vieillesse.....	16,5	20,3	-3,8

 ;

- ⑧ 4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 14,4 milliards d'euros ;

- ⑨ 5° 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 ;

- ⑩ 6° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, qui demeurent fixées conformément au IV du même article 41.

## Article 5

- ① Au titre de l'année 2016, 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 :

②

(En milliards d'euros)

	<b>Objectif de dépenses</b>
Dépenses de soins de ville .....	84,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité..	58,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé .....	19,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	8,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées .....	9,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional .....	3,1
Autres prises en charge.....	1,6
<b>Total .....</b>	<b>185,2</b>

### TROISIÈME PARTIE

## DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2017

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

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

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

## Mesures de simplification et de modernisation des prélèvements sociaux

### Article 6

①

I. – (Supprimé)

②

II. – Le premier alinéa de l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

③

1° À la première phrase, les mots : « et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixés » sont remplacés par le mot : « fixée » ;

- ④ 2° Après la même première phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :
- ⑤ « Lorsque le revenu ou la rémunération est inférieur ou égal aux trois quarts du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, ces cotisations ne sont pas dues. Au delà de ce seuil de revenu ou de rémunération, le montant de l'exonération décroît linéairement et devient nul lorsque le revenu ou la rémunération est égal au plafond annuel de la sécurité sociale. »
- ⑥ III. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code du travail est ainsi modifié :
- ⑦ 1° L'intitulé de la section 1 est ainsi rédigé : « Exonération de cotisations de sécurité sociale » ;
- ⑧ 2° L'article L. 5141-1 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Au premier alinéa, les mots : « charges sociales » sont remplacés par les mots : « cotisations de sécurité sociale » ;
- ⑩ b) Après le mot : « partie », la fin du 6° est ainsi rédigée : « d'une entreprise ; »
- ⑪ c) Au 8°, après le mot : « créant », sont insérés les mots : « ou reprenant » ;
- ⑫ 3° Au début des articles L. 5141-3 et L. 5141-4, les mots : « Les personnes admises au bénéfice de l'article L. 5141-1 » sont remplacés par les mots : « Les personnes qui remplissent l'une des conditions mentionnées aux 1° à 9° de l'article L. 5141-1 » ;
- ⑬ 4° (*Supprimé*)
- ⑭ IV. – (*Non modifié*)

### **Article 6 bis**

- ① I et II. – (*Supprimés*)
- ② III. – L'article 28 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :
- ③ 1° Le I est ainsi rédigé :

- ④ « I. – Les personnes exerçant une activité réduite à fin d’insertion et bénéficiant d’un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale sont affiliées au régime social des indépendants. Elles sont éligibles à l’exonération mentionnée à l’article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions et pour la durée fixées en application du même article L. 161-1-1. » ;
- ⑤ 2° Les III et IV sont abrogés.
- ⑥ IV. – *(Supprimé)*
- ⑦ V. – Le III s’applique au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 aux personnes débutant une activité réduite à fin d’insertion à compter de cette date et, à leur demande, à celles qui exercent une telle activité depuis une date antérieure.

#### **Article 6 ter**

- ① I. – L’article L. 137-10 du code de la sécurité sociale n’est pas applicable aux avantages versés au titre des congés de fin d’activité des conducteurs routiers institués par les accords du 28 mars 1997 relatif au congé de fin d’activité à partir de 55 ans et du 2 avril 1998 relatif au congé de fin d’activité des conducteurs des entreprises de transport interurbain de voyageurs, qui concernent des départs en congé effectués jusqu’au 31 décembre 2017.
- ② L’article L. 137-15 du même code n’est pas applicable aux contributions destinées au financement des avantages mentionnés au premier alinéa du présent article.
- ③ II. – *(Supprimé)*
- .....

#### **Article 7 bis**

*(Conforme)*

#### **Article 7 ter**

*(Supprimé)*

## **Article 8**

- ① I. – L'article L. 612-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :
- ② « *Art. L. 612-5.* – Le taux des cotisations mentionnées à l'article L. 612-4 dues par les travailleurs indépendants non agricoles affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité prévu à l'article L. 613-1 et dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet d'une réduction, dans la limite de 3,5 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 celui prévu à l'article L. 242-11. »
- ③ II. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des revenus perçus au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

## **Article 8 bis**

*(Conforme)*

## **Article 8 ter**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 136-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Cette contribution est due pour les périodes au titre desquelles les revenus mentionnés au premier alinéa sont attribués. » ;
- ④ 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 242-1, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « dues pour les périodes au titre desquelles les revenus d'activité sont attribués ».
- ⑤ II. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi afin de simplifier et d'harmoniser les définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale prévues au code de la sécurité sociale et au code rural et de la pêche maritime.
- ⑥ Cette ordonnance est prise à droit constant, sous réserve des modifications nécessaires pour assurer le respect de la hiérarchie des



normes, améliorer la cohérence rédactionnelle des textes, harmoniser l'état du droit, remédier aux erreurs et insuffisances de codification et abroger les dispositions, codifiées ou non, obsolètes ou devenues sans objet.

- ⑦ L'ordonnance est prise dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi.
- ⑧ Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de l'ordonnance.
- ⑨ III (*nouveau*). – Les dispositions du I du présent article sont applicables aux périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

### **Article 8 quater**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le II de l'article L. 136-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Après le mot : « euro », la fin de l'avant-dernière phrase du 5° est supprimée ;
- ④ b) Le 5° *bis* est ainsi modifié :
- ⑤ – après le mot : « euro », la fin de la seconde phrase est supprimée ;
- ⑥ – est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- ⑦ « Lorsque les personnes mentionnées à la première phrase du présent 5° *bis* perçoivent des indemnités mentionnées à la première phrase du 5°, il est fait masse de ces indemnités et de celles mentionnées à la première phrase du présent 5° *bis*. La somme de l'ensemble de ces indemnités est assujettie au premier euro dans les conditions prévues à la deuxième phrase du présent 5° *bis* ; »
- ⑧ 2° Le dernier alinéa de l'article L. 242-1 est ainsi modifié :
- ⑨ a) À la deuxième phrase, après la seconde occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « et celles, versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, d'un montant supérieur à dix fois ce même plafond » ;
- ⑩ b) La dernière phrase est ainsi rédigée :

- ⑪ « Lorsque les mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnés à l'article 80 *ter* du code général des impôts perçoivent à la fois des indemnités à l'occasion de la cessation forcée de leurs fonctions et des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, il est fait masse de l'ensemble de ces indemnités ; la somme de ces indemnités est intégralement assimilée à des rémunérations pour le calcul des cotisations mentionnées au premier alinéa du présent article dès lors que le montant de ces indemnités est supérieur à cinq fois le plafond annuel défini au même article L. 241-3. »
- ⑫ II. – Le I s'applique aux indemnités versées au titre des ruptures de contrat de travail notifiées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 ou aux indemnités versées à l'occasion d'une rupture mentionnée à l'article L. 1237-11 du code du travail dont la demande d'homologation a été transmise à compter de cette date.

### **Article 8 quinquies**

Au premier alinéa de l'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 311-3 », sont insérés les mots : « , qui ne sont pas titulaires d'un contrat de travail, ».

### **Article 8 sexies**

*(Supprimé)*

### **Article 9**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La section 2 du chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> est ainsi rétablie :
- ③ « *Section 2*
- ④ « ***Recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants***
- ⑤ « *Art. L. 133-1-1. – I. – Le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues à titre personnel, à l'exception de celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3, par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 relève de la compétence des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1, L. 611-4, L. 611-8 et L. 752-4, en application des*

chapitres III et IV du titre IV du livre II, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'État.

- ⑥ « II. – Le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement un directeur national chargé du recouvrement pour la réalisation de cette mission, auquel ils délèguent leur signature.
- ⑦ « Ce directeur est responsable, au niveau national, du pilotage et de l'organisation du recouvrement. Il fixe les orientations et l'organisation des missions mentionnées à l'article L. 133-1-2.
- ⑧ « Le directeur national participe à la préparation et au suivi de l'exécution des stipulations relatives aux objectifs et aux moyens du recouvrement des conventions mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 conclues avec l'État.
- ⑨ « Il est responsable de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information concourant au recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées au I du présent article et s'assure de la mise en œuvre des actions nécessaires à leur fonctionnement.
- ⑩ « Il rend compte aux conseils d'administration des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 de la situation générale du recouvrement.
- ⑪ « III. – Après avis du directeur national mentionné au II du présent article, le directeur et le directeur général mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 désignent conjointement, sur proposition des directions des organismes et des caisses mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4, des responsables locaux du recouvrement relevant de ces directions. Ces responsables sont chargés, dans le respect des directives fixées par le directeur national, de la mise en œuvre des missions prévues à l'article L. 133-1-2 et de l'organisation y afférent de l'activité des caisses et organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4. Les directeurs de ces caisses et organismes leur délèguent leur signature à cette fin.
- ⑫ « *Art. L. 133-1-2.* – Les caisses de base du régime social des indépendants et les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 assurent, s'agissant des personnes mentionnées à l'article L. 611-1, les missions suivantes :
- ⑬ « 1° La collecte et le traitement des déclarations de revenus ;

- ⑭ « 2° Le calcul et l'appel des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1 ;
- ⑮ « 3° Le recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions mentionnées au même article L. 133-1-1 ;
- ⑯ « 4° Le traitement des demandes et réclamations ;
- ⑰ « 5° Le traitement des demandes mentionnées au second alinéa du I de l'article L. 133-6-9 ;
- ⑱ « 6° La gestion du contentieux du recouvrement des cotisations et contributions, à l'exception des recours formés dans le cadre du contentieux général de la sécurité sociale prévu au chapitre II du titre IV du présent livre, qui sont examinés par les commissions de recours amiable des caisses de base du régime social des indépendants ;
- ⑲ « 7° L'accueil et l'information.
- ⑳ « *Art. L. 133-1-3.* – Le contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et contributions sociales des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 est exercé par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II.
- ㉑ « *Art. L. 133-1-4.* – En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales du régime social des indépendants, les contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux cotisations selon un ordre fixé par décret.
- ㉒ « *Art. L. 133-1-5.* – Le Fonds national d'action sociale institué auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants est chargé de financer des actions destinées à venir en aide aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1 qui éprouvent des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1.
- ㉓ « Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de membres désignés en son sein par le conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5.

- ②④ « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, notamment le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.
- ②⑤ « *Art. L. 133-1-6.* – La comptabilisation des produits et des charges ainsi que des éléments d'actif et de passif afférents qui découlent des opérations de recouvrement des cotisations et contributions sociales effectuées en application de la présente section est réalisée à l'échelon local par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.
- ②⑥ « L'organisme mentionné à l'article L. 225-1 combine les produits et les charges liés à ces opérations ainsi que les éléments d'actif et de passif afférents. Il les notifie à l'organisme mentionné à l'article L. 611-4, qui procède à leur enregistrement dans ses comptes selon les mêmes règles d'évaluation et de présentation. » ;
- ②⑦ 2° L'article L. 133-5-2 est ainsi rétabli :
- ②⑧ « *Art. L. 133-5-2.* – Les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. » ;
- ②⑨ 3° L'article L. 133-6-9 est ainsi modifié :
- ③⑩ a) Au I, les mots : « aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel et » sont supprimés ;
- ③⑪ b) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ③⑫ « Ils sont également compétents pour se prononcer avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 sur les demandes des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article, relatives à l'application à leur situation de la législation relative aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel. » ;
- ③⑬ c) Le III est ainsi modifié :
- ③⑭ – au premier alinéa, la référence : « L. 133-6-5 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-3 » ;
- ③⑮ – les trois derniers alinéas sont supprimés ;

- 36) d) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :
- 37) « IV. – Lorsque les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4 entendent modifier pour l’avenir leur décision, ils en informent le cotisant.
- 38) « Ce dernier peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l’intervention de l’organisme mentionné à l’article L. 611-4 dans les matières relevant de l’affiliation au régime social des indépendants et l’intervention des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 dans les matières relevant des exonérations de cotisations sociales. Ces organismes transmettent leur position quant à l’interprétation à retenir aux organismes mentionnés au premier alinéa du présent IV, qui la notifie au demandeur dans un délai d’un mois, de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours. » ;
- 39) 4° Au deuxième alinéa du I de l’article L. 136-5, les mots : « à l’article L. 133-6-4 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6 » ;
- 40) 5° L’article L. 213-1 est ainsi modifié :
- 41) aa) Les premier et deuxième alinéas sont ainsi rédigés :
- 42) « Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d’allocations familiales assurent :
- 43) « 1° Le recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les assurés relevant du régime général et par leurs employeurs ainsi que par les assurés volontaires ; »
- 44) a) À la fin du 2°, les mots : « les employeurs des professions non agricoles et les travailleurs indépendants non agricoles » sont remplacés par les mots : « l’ensemble des personnes autres que celles mentionnées aux 1° et 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime » ;
- 45) a bis) Après le même 2°, il est inséré un 2° bis ainsi rédigé :
- 46) « 2° bis Le recouvrement des cotisations d’assurance maladie, maternité et décès dues par les personnes mentionnées à l’article L. 722-1 du présent code ; »

- 47) b) Les 3° et 4° sont ainsi rédigés :
- 48) « 3° Avec les caisses de base du régime social des indépendants, le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues aux articles L. 133-1-2, L. 133-1-3 et L. 133-5-2 ;
- 49) « 4° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée mentionnée à l'article L. 136-1 due par l'ensemble des assurés autres que ceux mentionnés au 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ; »
- 50) c) Le 5° *bis* est ainsi rédigé :
- 51) « 5° *bis* Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du présent code dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 133-6-8 ; »
- 52) d) Au 6°, les mots : « et le contentieux » sont supprimés et les références : « , 2°, 3° et » sont remplacées par le mot : « à » ;
- 53) e) (*Supprimé*)
- 54) 6° L'article L. 225-1-1 est ainsi modifié :
- 55) a) Au 2°, après les mots : « sécurité sociale », sont insérés les mots : « , y compris pour le recouvrement prévu aux articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6, » ;
- 56) b) Le même 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :
- 57) « Ces orientations sont coordonnées, en ce qui concerne les cotisations dues par les employeurs, avec celles définies conjointement avec la Caisse nationale du régime social des indépendants en application des articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6 pour les cotisations dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 ; »
- 58) c) Le 2° *bis* est abrogé ;
- 59) d) Au 5°, les mots : « , y compris les opérations pour compte de tiers, » sont supprimés et les mots : « et d'en transférer le produit vers les organismes du régime général, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale du régime social des

indépendants, ainsi que » sont remplacés par les mots : « de centraliser les opérations pour compte de tiers et » ;

- ⑥0 7° Au premier alinéa de l'article L. 243-7, la référence : « L. 133-6-5 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-3 » ;
- ⑥1 8° L'article L. 611-4 est ainsi modifié :
- ⑥2 a) Le 11° est ainsi rédigé :
- ⑥3 « 11° De définir, en lien avec l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, les orientations en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues à l'article L. 133-1-1 ; »
- ⑥4 b) Après le 13°, il est inséré un 14° ainsi rédigé :
- ⑥5 « 14° D'assurer l'affiliation des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 redevables des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-1-1. » ;
- ⑥6 9° Le I de l'article L. 611-8 est ainsi modifié :
- ⑥7 a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑥8 « Les caisses de base du régime social des indépendants assurent pour leurs ressortissants, sous le contrôle de la caisse nationale, les missions du service des prestations, des allocations et, avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, du recouvrement des cotisations se rapportant à chacune des branches mentionnées à l'article L. 611-2. » ;
- ⑥9 b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « du service des prestations et du recouvrement des cotisations » sont supprimés ;
- ⑦0 c) À la fin de la même première phrase, les mots : « sont exercées par des caisses propres à ce groupe professionnel » sont remplacés par les mots : « affiliées en France métropolitaine aux régimes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 640-1 sont exercées par des caisses propres à cette catégorie » ;
- ⑦1 d) La seconde phrase du même deuxième alinéa est supprimée ;
- ⑦2 10° Au premier alinéa de l'article L. 611-16, les mots : « au recouvrement des cotisations et » sont supprimés ;



- 73 10° *bis* L'article L. 611-20 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 74 « La caisse nationale peut confier aux organismes mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 160-17 le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le versement des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité des assurés mentionnés à l'article L. 611-1. À cette fin, elle conclut une convention avec ces organismes dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 75 11° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-5 et au 3° de l'article L. 213-1, les mots : « exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 611-1 ».
- 76 II, III et III *bis*. – (*Non modifiés*)
- 77 IV. – Sont abrogés :
- 78 1° La section 2 du chapitre III *bis* du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale ;
- 79 2° Le premier alinéa de l'article L. 611-20 du même code ;
- 80 3° L'ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 instituant un interlocuteur social unique pour les indépendants ;
- 81 4° Les I, II, III et V de l'article 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;
- 82 5° L'article 34 de la loi n° 2009-179 du 17 février 2009 pour l'accélération des programmes de construction et d'investissements publics et privés.
- 83 V. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, à l'exception :
- 84 1° A Du I de l'article L. 133-1-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, qui s'applique aux cotisations d'assurance famille, aux contributions sociales et à la contribution à la formation professionnelle dues par les professions libérales à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;
- 85 1° Du *c* du 5° et du *c* du 9° du I du présent article, qui entrent en vigueur selon les modalités prévues aux 1° et 2° du III de l'article 33 de la présente loi ;

- ⑥ 2° Du 2° du IV du présent article, qui s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 aux cotisations non prescrites à cette date.
- ⑦ VI. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, l'organisme mentionnée à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale remet aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget un rapport relatif au découplage des systèmes d'information utilisés pour le recouvrement respectif des cotisations des travailleurs salariés et des cotisations personnelles des travailleurs indépendants.

### **Article 9 bis**

*(Conforme)*

### **Article 10**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le second alinéa du II de l'article L. 133-6-8, tel qu'il résulte de l'article 33 de la présente loi, est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ③ « Par dérogation, cet abattement est fixé au niveau de celui mentionné au deuxième alinéa du I de l'article 64 *bis* du code général des impôts pour les personnes mentionnées au 8° de l'article L. 613-1 du présent code lorsqu'elles exercent une activité de location de locaux d'habitation meublés de tourisme, définis conformément à l'article L. 324-1 du code du tourisme. » ;
- ④ 2° La section 2 *bis* du chapitre III *bis* du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 133-6-7-3 ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 133-6-7-3.* – Les travailleurs indépendants exerçant leur activité par l'intermédiaire d'une personne dont l'activité consiste à mettre en relation par voie électronique plusieurs parties en vue de la vente d'un bien ou de la fourniture d'un service peuvent autoriser par mandat cette personne à réaliser par voie dématérialisée les démarches déclaratives de début d'activité auprès du centre de formalités des entreprises compétent conformément aux dispositions du code de commerce.
- ⑥ « Lorsqu'ils relèvent de l'article L. 133-6-8 ou du 35° de l'article L. 311-3, les travailleurs indépendants ainsi que les personnes affiliées au régime général en application du même 35° peuvent autoriser par mandat la personne mentionnée au premier alinéa du présent article à procéder à la déclaration du chiffre d'affaires ou de recettes réalisés au titre de cette

activité par son intermédiaire ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale dues à compter de leur affiliation, au titre des périodes correspondant à l'exercice de cette activité, auprès des organismes de recouvrement concernés.

- ⑦ « Dans ce cas, les cotisations et contributions de sécurité sociale dues sont prélevées par la personne mentionnée au même premier alinéa sur le montant des transactions effectuées par son intermédiaire. Ce paiement vaut acquit des cotisations et contributions de sécurité sociale par ces personnes. » ;
- ⑧ 3° Après le 34° de l'article L. 311-3, il est inséré un 35° ainsi rédigé :
- ⑨ « 35° Les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 613-1 du présent code qui exercent l'option mentionnée à cet article dès lors que leurs recettes ne dépassent pas les seuils mentionnés aux *a* et *b* du 1° du I de l'article 293 B du code général des impôts. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement de 60 %. Par dérogation, cet abattement est fixé à 87 % pour les personnes mentionnées au 8° de l'article L. 613-1 du présent code lorsqu'elles exercent une location de locaux d'habitation meublés de tourisme, définis conformément à l'article L. 324-1 du code du tourisme. » ;
- ⑩ 4° L'article L. 613-1 est ainsi modifié :
- ⑪ *a)* Le 8° est ainsi rédigé :
- ⑫ « 8° Les personnes, autres que celles mentionnées au 7° du présent article, exerçant une activité de location de locaux d'habitation meublés dont les recettes sont supérieures au seuil mentionné au 2° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, lorsque ces locaux sont loués à une clientèle y effectuant un séjour à la journée, à la semaine ou au mois et n'y élisant pas domicile, sauf option contraire de ces personnes lors de l'affiliation pour relever du régime général dans les conditions prévues au 35° de l'article L. 311-3 du présent code, ou lorsque ces personnes remplissent les conditions mentionnées au 1° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts ; »
- ⑬ *b)* Il est ajouté un 9° ainsi rédigé :
- ⑭ « 9° Les personnes exerçant une activité de location de biens meubles mentionnée au 4° de l'article L. 110-1 du code de commerce et dont les recettes annuelles tirées de cette activité sont supérieures à 20 % du

montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, sauf option contraire de ces personnes lors de l'affiliation pour relever du régime général dans les conditions prévues au 35° de l'article L. 311-3. »

- ⑮ II. – *(Non modifié)*

**Article 10 bis**

*(Supprimé)*

**Article 11**

*(Conforme)*

**Article 11 bis**

- ① I. – *(Non modifié)*

- ② II. – Le I s'applique aux contributions dues au titre des revenus versés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

CHAPITRE II

**Mesures relatives au recouvrement**

**Article 12**

*(Conforme)*

**Article 12 bis**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ② 1° *(Supprimé)*

- ③ 2° Les trois premiers alinéas de l'article L. 243-1-3 sont ainsi rédigés :

- ④ « Au titre des périodes de congés des salariés des employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail, les cotisations et contributions auprès des organismes mentionnés

aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code sont acquittées dans les conditions suivantes :

- ⑤ « 1° Les employeurs affiliés auxdites caisses de congés s'acquittent de leurs cotisations mentionnées à l'article L. 834-1 du présent code et de leurs versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales par le versement libératoire de majorations proportionnelles aux cotisations et contributions correspondantes dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés. Le taux de ces majorations est fixé par décret ;
- ⑥ « 2° Pour les cotisations de sécurité sociale et les contributions mentionnées à l'article L. 136-2 du présent code, à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, les caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail effectuent, avant la fin du mois au cours duquel les cotisations leur sont versées, un versement égal au produit du montant des cotisations encaissées par les caisses de congés payés par un taux fixé par décret, en fonction des taux de cotisations et contributions en vigueur. Le cas échéant, ce versement fait l'objet d'un ajustement, dans des conditions fixées par décret, sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés. »
- ⑦ II. – (*Non modifié*)

## **Articles 13 et 14**

*(Conformes)*

### **Article 14 bis**

- ① L'article 122 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005 est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Les personnes mentionnées au premier alinéa du présent I peuvent bénéficier, au titre de leurs périodes d'activité antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2014, d'une prise en charge totale ou partielle de leur dette sociale, dans la limite de 10 000 €. » ;

- ④ 2° À la première phrase du III, après la seconde occurrence du mot : « sociale », sont insérés les mots : « , constituée au titre des périodes d'activité comprises entre le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et le 31 décembre 2015, » ;
- ⑤ 3° Le IV est ainsi modifié :
- ⑥ a) Au premier alinéa, les mots : « de l'aide et de l'annulation » sont remplacés par les mots : « des dispositions » ;
- ⑦ b) Les 2° et 3° sont abrogés ;
- ⑧ c) Le 4° est ainsi modifié :
- ⑨ – à la fin du deuxième alinéa, l'année : « 2014 » est remplacée par l'année : « 2016 » ;
- ⑩ – à la première phrase du dernier alinéa, les mots : « en tout ou partie par un versement complémentaire et pour le reste » sont supprimés ;
- ⑪ – la seconde phrase du même dernier alinéa est supprimée ;
- ⑫ d) Au 6°, l'année : « 2013 » est remplacée par l'année : « 2015 » ;
- ⑬ 4° Au V, les mots : « des I et » sont remplacés par le mot : « du » ;
- ⑭ 5° Le VI est abrogé.

### **Articles 14 *ter* et 15**

*(Conformes)*

### CHAPITRE III

### **Dispositions contribuant au financement de l'assurance-maladie**

#### **Article 16**

- ① I. – Le chapitre VII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par une section 12 ainsi rédigée :

②

« Section 12

③

« Contribution sociale à la charge  
des fournisseurs agréés de produits du tabac

④

« Art. L. 137-27. – Les fournisseurs agréés de tabacs manufacturés mentionnés au 1 de l'article 565 du code général des impôts sont soumis à une contribution sociale sur leur chiffre d'affaires. Le produit de cette contribution est affecté à un fonds, créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et destiné au financement de la prévention et de la lutte contre le tabagisme.

⑤

« Le fait générateur de la contribution et son exigibilité sont ceux prévus à l'article 298 *quaterdecies* du même code.

⑥

« L'assiette de la contribution est constituée par le montant total du chiffre d'affaires du redevable relatif à la commercialisation des tabacs manufacturés, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à Mayotte et à La Réunion, déduction faite de la remise consentie par ce redevable aux débiteurs en application du 3° du I de l'article 570 dudit code et du droit de consommation prévu aux articles 575 ou 575 E du même code.

⑦

« Le taux de la contribution est fixé à 5,6 %.

⑧

« Art. L. 137-28. – La contribution exigible au cours d'une année civile est déclarée en une seule fois par les redevables sur l'annexe à la déclaration de chiffre d'affaires prévue au 1 de l'article 287 du code général des impôts et déposée dans les délais prévus pour les opérations réalisées au cours du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile suivante. La contribution est acquittée lors du dépôt de la déclaration.

⑨

« Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 *septies* A du même code déclarent et acquittent en une seule fois la contribution exigible au cours d'une période lors du dépôt de la déclaration portant sur les opérations de cette période mentionnée au 3 de l'article 287 dudit code.

⑩

« Art. L. 137-29. – La contribution mentionnée à l'article L. 137-27 est constatée, recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe. »

- ⑪ II (*nouveau*). – La répercussion de la contribution mentionnée à l'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale sur les producteurs auprès desquels un fournisseur agréé de tabacs manufacturés mentionné au I de l'article 565 du code général des impôts s'approvisionne ne peut avoir pour effet, pour des produits du tabac d'un même groupe dont le conditionnement et le prix de vente au détail sont identiques, de conduire à ce que la part nette de ce prix attribuée aux différents producteurs diffère de plus de 5 %.

.....

### Article 18

- ① I. – A. – La section 2 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° L'article L. 138-10 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 138-10.* – I. – Lorsque les chiffres d'affaires hors taxes réalisés au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, ont respectivement évolué de plus d'un taux (Lv) ou d'un taux (Lh), déterminés par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, minorés des remises mentionnées à l'article L. 138-13 et des contributions prévues au présent article, ces entreprises sont assujetties à des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution.
- ④ « II. – Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :
- ⑤ « 1° S'agissant du taux (Lv), ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;
- ⑥ « 2° S'agissant du taux (Lh) :
- ⑦ « a) Ceux inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;



- ⑧ « b) Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;
- ⑨ « c) Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.
- ⑩ « Ne sont toutefois pas pris en compte :
- ⑪ « – les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins et pour lesquels le chiffre d'affaires total, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ;
- ⑫ « – les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, sont remboursées sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° du même article L. 5121-1 est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.
- ⑬ « III. – Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du présent code ainsi que les contributions prévues au présent article s'imputent sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. Pour chaque année civile considérée, dans le cas où un médicament relève simultanément ou consécutivement des taux d'évolution (Lv) et (Lh), les chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article 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. » ;
- ⑭ 2° L'article L. 138-11 est ainsi rédigé :
- ⑮ « Art. L. 138-11. – L'assiette de chaque contribution définie à l'article L. 138-10 est égale aux chiffres d'affaires respectifs de l'année civile mentionnés au I du même article L. 138-10. » ;
- ⑯ 3° L'article L. 138-12 est ainsi modifié :
- ⑰ a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

- ⑱ « Le montant total de chaque contribution est calculé comme suit, en prenant comme taux (L) mentionné dans le tableau ci-dessous soit le taux (Lv) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 1° du II de l'article L. 138-10, soit le taux (Lh) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 2° du même II : » ;
- ⑲ b) La première phrase du troisième alinéa est ainsi modifiée :
- ⑳ – au début, le mot : « La » est remplacé par le mot : « Chaque » ;
- ㉑ – après la première occurrence des mots : « chiffre d'affaires », il est inséré le mot : « respectif » ;
- ㉒ c) Au dernier alinéa, les mots : « de la contribution due » sont remplacés par les mots : « des contributions dues » et les mots : « dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « , en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin » ;
- ㉓ 4° L'article L. 138-13 est ainsi modifié :
- ㉔ a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, quatre fois, par les mots : « chaque contribution » ;
- ㉕ b) Aux première et seconde phrases du second alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, deux fois, par les mots : « chaque contribution » ;
- ㉖ 4° bis À l'article L. 138-14, le mot : « la » est remplacé par le mot : « chaque » ;
- ㉗ 5° L'article L. 138-15 est ainsi modifié :
- ㉘ a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ㉙ « Les contributions dues par chaque entreprise redevable font l'objet d'un versement au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet suivant l'année civile au titre de laquelle les contributions sont dues. » ;
- ㉚ b) Le deuxième alinéa est supprimé ;
- ㉛ c) Au dernier alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, deux fois, par les mots : « chaque contribution » et, après les mots : « chiffre d'affaires », il est inséré le mot : « respectif » ;
- ㉜ 6° L'article L. 138-16 est ainsi rédigé :

- ③③ « Art. L. 138-16. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13, dû au titre du taux (Lv), est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
- ③④ « Le produit de la contribution et des remises mentionnées au même article L. 138-13, dû au titre du taux (Lh), est affecté au Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique mentionné à l'article L. 221-1-1. »
- ③⑤ B. – Pour l'année 2017, 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 2 %.
- ③⑥ II. – A. – La section 3 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ③⑦ 1° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, les mots : « et dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « , en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, » et la référence : « L. 138-19-4, » est supprimée ;
- ③⑧ 2° L'article L. 138-19-3 est ainsi modifié :
- ③⑨ a) La seconde phrase du troisième alinéa est supprimée ;
- ③⑩ b) À la seconde phrase du dernier alinéa, le mot : « la » est remplacé par le mot : « chaque » et sont ajoutés les mots : « , au prorata des montants de chaque contribution dus par l'entreprise » ;
- ③⑪ 3° L'article L. 138-19-4 est abrogé ;
- ③⑫ 4° À l'article L. 138-19-7, les mots : « et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 » sont supprimés.
- ③⑬ B. – Les articles L. 138-19-1, L. 138-19-3, L. 138-19-7 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du présent article, et L. 138-19-2, L. 138-19-5 et L. 138-19-6 du même code s'appliquent pour l'année 2017.
- ③⑭ Pour l'année 2017, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 et L. 138-19-3 du même code est fixé à 600 millions d'euros.
- ③⑮ III à V. – (*Supprimés*)

**Article 18 bis**

*(Supprimé)*

.....

**Article 19 bis**

- ① L'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
  - ② 1° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :
  - ③ « Les accords peuvent également prévoir la mutualisation de la couverture des risques décès, incapacité, invalidité ou inaptitude. À cette fin, dans le respect des conditions définies au II, ils peuvent organiser la sélection d'au moins deux organismes mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 précitée ou institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances permettant la mutualisation d'un socle commun de garanties défini par l'accord à travers des contrats de référence. Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord ont l'obligation de souscrire un des contrats de référence lorsqu'elles n'avaient pas, antérieurement à la date d'effet de celui-ci, adhéré ou souscrit un contrat de même objet auprès d'un organisme différent de celui prévu par cet accord, sauf si l'adhésion ou la souscription de ce contrat résultait d'un dispositif de mutualisation mis en place en application du présent alinéa. » ;
  - ④ 2° Au premier alinéa du II, après le mot : « recommandation », sont insérés les mots : « ou la mutualisation » ;
  - ⑤ 3° À la première phrase du III, après le mot : « recommandation », sont insérés les mots : « ou de la mutualisation ».
- .....

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

**Article 20**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le dernier alinéa de l'article L. 131-7 est complété par les mots : « , et à la réduction de cotisation mentionnée à l'article L. 612-5, dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017 » ;
- ③ 2° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :
- ④ a) Le 1° est ainsi modifié :
- ⑤ – à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 61,1 % » est remplacé par le taux : « 38,48 % » ;
- ⑥ – à la fin du troisième alinéa, le taux : « 19,2 % » est remplacé par le taux : « 38,74 % » ;
- ⑦ – à la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 17,2 % » est remplacé par le taux : « 22,78 % » ;
- ⑧ – le dernier alinéa est supprimé ;
- ⑨ b) Le 7° est ainsi modifié :
- ⑩ – à la fin du a, le taux : « 57,28 % » est remplacé par le taux : « 99,75 % » ;
- ⑪ – les b à i sont abrogés ;
- ⑫ – le j devient le b ;
- ⑬ 3° L'article L. 135-2 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse comprennent : » ;
- ⑯ b) Les II à IV sont abrogés ;

- ⑰ 4° L'article L. 135-3 est ainsi modifié :
- ⑱ a) Au premier alinéa du I, les mots : « au I de » sont remplacés par le mot : « à » ;
- ⑲ b) Les II et III sont abrogés ;
- ⑳ 5° Le premier alinéa du 4° du IV de l'article L. 136-8 est ainsi rédigé :
- ㉑ « Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, pour la contribution sur les revenus d'activité en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4 du présent code, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret, et pour la part correspondant à un taux de : » ;
- ㉒ 5° bis Après le mot : « ristournes », la fin du 4° de l'article L. 143-1 est ainsi rédigée : « et l'imposition de cotisations supplémentaires ; »
- ㉓ 6° Au 5° de l'article L. 223-1, après le mot : « agricoles », sont insérés les mots : « , le régime des exploitants agricoles » ;
- ㉔ 7° Le 4° du IV de l'article L. 241-2 est abrogé ;
- ㉕ 8° L'article L. 241-3 est ainsi modifié :
- ㉖ a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « une fraction du produit » sont remplacés par les mots : « le produit » et les mots : « , fixée à l'article L. 651-2-1 » sont supprimés ;
- ㉗ b) Avant le dernier alinéa, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :
- ㉘ « La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par :
- ㉙ « 1° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 du présent code ;
- ㉚ « 2° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les

sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente ans ;

- ① « 3° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du même code ;
- ② « 4° Les sommes acquises à l'État en application du 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;
- ③ « 5° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;
- ④ « 6° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques. » ;
- ⑤ 9° Le II de l'article L. 245-16 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Au deuxième alinéa, le taux : « 1,15 % » est remplacé par le taux : « 1,38 % » ;
- ⑦ b) Au dernier alinéa, le taux : « 3,35 % » est remplacé par le taux : « 3,12 % » ;
- ⑧ 9° *bis* Au début du premier alinéa de l'article L. 251-6-1, sont ajoutés les mots : « Lorsque le solde moyen de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le dernier exercice clos est positif, » ;
- ⑨ 10° Le premier alinéa de l'article L. 413-6 est ainsi rédigé :
- ⑩ « Les prestations accordées en application des articles L. 413-2 à L. 413-5 sont, selon le cas, à la charge soit de l'État employeur, soit des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4. L'État ou ces caisses sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables. » ;
- ⑪ 11° L'article L. 413-10 est ainsi modifié :

- ④② a) À la fin du troisième alinéa, les mots : « du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit du fonds commun prévu à l'article 1203 du code rural » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 du présent code, soit des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;
- ④③ b) À la fin du dernier alinéa, les mots : « le fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit par le fonds commun prévu à l'article 1203 du code rural » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 du présent code, soit par les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;
- ④④ 12° L'article L. 413-11-2 est ainsi modifié :
- ④⑤ a) À la fin du premier alinéa, les mots : « du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 » ;
- ④⑥ b) Au second alinéa, les mots : « le fonds commun mentionné à l'article L. 437-1 est subrogé » sont remplacés par les mots : « les caisses sont subrogées » ;
- ④⑦ 13° L'article L. 437-1 est ainsi modifié :
- ④⑧ a) À la fin du premier alinéa, les mots : « sans donner lieu à intervention du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole » sont supprimés ;
- ④⑨ b) Le second alinéa est supprimé ;
- ④⑩ 13° *bis* À la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 633-10, le mot : « avant-dernier » est remplacé par le mot : « quatrième » ;
- ④⑪ 14° Le deuxième alinéa de l'article L. 635-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ④⑫ « Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants assure le financement des pensions versées aux bénéficiaires du régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment. » ;
- ④⑬ 15° L'article L. 651-2-1 est ainsi rédigé :
- ④⑭ « *Art. L. 651-2-1.* – Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la



contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2. » ;

- 55 15° *bis* Après la référence : « L. 862-4 », la fin de l'article L. 862-3 est supprimée ;
- 56 16° Le IV de l'article L. 862-4 est ainsi rédigé :
- 57 « IV. – Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II *bis* du présent article, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du même II *bis* est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté à ce même fonds pour une fraction fixée à 20,18 % et à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour une fraction fixée à 79,82 %. »
- 58 II. – (*Non modifié*)
- 59 III. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- 60 1° L'article L. 14-10-4 est ainsi modifié :
- 61 a) Le 3° est complété par les mots : « et répartie entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget, pris après avis du conseil mentionné à l'article L. 14-10-3 du même code ; »
- 62 b) Le 6° est abrogé ;
- 63 2° L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :
- 64 a) Le *a* du 1° du II est ainsi rédigé :
- 65 « *a*) 20 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 et une fraction comprise entre 74 % et 82 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ; »
- 66 b) Le *a* du 1° du IV est ainsi rédigé :
- 67 « *a*) Une fraction comprise entre 4 % et 10 % du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4 ; ».
- 68 IV à VII. – (*Non modifiés*)

⑥⑨ VIII. – Les recettes mises en réserve mentionnées au III de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, font l'objet, au plus tard le 30 juin 2017, d'un prélèvement au profit de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code, à hauteur du montant constaté au 31 décembre 2016, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du même code.

⑦⑩ IX, IX bis et X. – (Non modifiés)

.....

### Article 22

① Pour l'année 2017, 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 :

② (En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie .....	204,5	207,1	-2,6
Vieillesse .....	232,2	230,6	1,6
Famille .....	49,9	49,9	0,0
Accidents du travail et maladies professionnelles....	14,2	13,5	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	487,1	487,4	-0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse .....	483,7	487,8	-4,1

### Article 23

① Pour l'année 2017, 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, du régime général :

②

(En milliards d'euros)

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Objectifs de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie.....	203,2	205,9	-2,6
Vieillesse.....	126,5	125,0	1,6
Famille.....	49,9	49,9	0,0
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,8	12,1	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	379,5	379,9	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	377,6	381,8	-4,2

### Article 24

①

I. – Pour l'année 2017, 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 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

②

(En milliards d'euros)

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Prévisions de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Fonds de solidarité vieillesse.....	15,7	19,6	-3,8

③

II à IV. – (Non modifiés)

.....

### Article 26

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2017 à 2020), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

QUATRIÈME PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES  
POUR L'EXERCICE 2017

TITRE I<sup>ER</sup>

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

Article 27

- ① I. – Le code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle, est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 523-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ④ b) À la fin du 3°, les mots : « , par une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont remplacés par les mots : « ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée par les actes ou accords mentionnés au IV » ;
- ⑤ c) Le 4° est ainsi modifié :
- ⑥ – à la première phrase, les mots : « de leur obligation d'entretien ou » sont supprimés et les mots : « , par une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont remplacés par les mots : « ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée par un accord amiable ou par les actes ou accords mentionnés au même IV, » ;
- ⑦ – à la dernière phrase, les mots : « de décision de justice, de convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou d'un acte reçu en la forme authentique par un notaire, préalable, le montant de l'obligation d'entretien » sont remplacés par les

mots : « d'une décision de justice ou d'un accord ou d'un acte respectivement mentionnés aux 1° et 2° du IV, le montant de la contribution » ;

- ⑧ *c bis) (nouveau)* À la première phrase du même 4°, tel qu'il résulte du *c* du présent 1°, les mots : « par un accord amiable ou » sont supprimés ;
- ⑨ *d)* Après ledit 4°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « II. – En vue de faciliter la fixation de la pension alimentaire par l'autorité judiciaire, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au parent bénéficiaire les renseignements dont il dispose concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant à l'issue du contrôle qu'il effectue sur sa situation, dès lors qu'un droit à l'allocation de soutien familial mentionné au 3° du I est ouvert. » ;
- ⑪ *e)* Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- ⑫ *f)* (*nouveau*) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :
- ⑬ « IV. – Constituent des actes ou accords au sens des 3° et 4° du I du présent article, sous réserve qu'ils aient acquis force exécutoire :
- ⑭ « 1° L'accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce par acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ;
- ⑮ « 2° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire. » ;
- ⑯ *g)* (*nouveau*) Le IV, tel qu'il résulte du *f* du présent 1°, est complété par un 3° ainsi rédigé :
- ⑰ « 3° Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du présent code. » ;
- ⑱ 2° L'article L. 581-2 est ainsi modifié :
- ⑲ *a)* Au premier alinéa et à la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « par une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont remplacés par les mots : « ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1 » ;

- ⑳ *b)* Au dernier alinéa, après la référence : « 4° », est insérée la référence : « du I » ;
- ㉑ 3° (*nouveau*) L'article L. 581-6 est ainsi modifié :
- ㉒ *a)* Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ㉓ « Le titulaire d'une créance alimentaire, fixée par décision de justice devenue exécutoire ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1, en faveur de ses enfants jusqu'à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, bénéficie, à sa demande, de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir. » ;
- ㉔ *b)* (*Supprimé*)
- ㉕ 4° Au premier alinéa de l'article L. 581-10, les mots : « , par une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont remplacés par les mots : « ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1 » ;
- ㉖ 5° Le chapitre II du titre VIII du livre V est ainsi rétabli :
- ㉗ « *CHAPITRE II*
- ㉘ « *Dispositions particulières relatives à certaines créances alimentaires*
- ㉙ « *Art. L. 582-1.* – Pour l'application du dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, lorsque le créancier est demandeur ou bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales notifie au débiteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception qu'il est tenu de procéder auprès de cet organisme au versement de la créance fixée par décision de justice et que, à défaut de paiement dans un délai de deux mois à compter de cette notification, le recouvrement de la créance sera poursuivi par tout moyen. L'organisme débiteur précise les termes à échoir et les arriérés de pension dus à compter de la date de la décision de justice.

- ⑩ « Lorsque le créancier ne remplit pas les conditions d’attribution de l’allocation de soutien familial, le premier alinéa du présent article s’applique sur demande du créancier.
- ⑪ « Lorsqu’une décision de justice prévoit que la pension alimentaire mise à la charge du parent débiteur est versée au directeur de l’organisme débiteur, ce parent débiteur ne peut pas être considéré comme hors d’état de faire face à son obligation de verser ladite pension pour le motif qui a conduit l’autorité judiciaire à user de la faculté prévue au dernier alinéa du même article 373-2-2.
- ⑫ « L’organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence de l’allocataire ou, à défaut, du parent créancier. » ;
- ⑬ 6° Le même chapitre II, tel qu’il résulte du 5° du présent I, est complété par un article L. 582-2 ainsi rétabli :
- ⑭ « Art. L. 582-2. – Sur demande conjointe des parents qui mettent fin à leur vie en concubinage ou qui ont procédé à une dissolution du pacte civil de solidarité qui les liait, le directeur de l’organisme débiteur des prestations familiales donne force exécutoire à l’accord par lequel ils fixent le montant de la contribution à l’entretien et à l’éducation en faveur de l’enfant mise à la charge du débiteur, si les conditions suivantes sont réunies :
- ⑮ « 1° Les parents attestent qu’aucun d’eux n’est titulaire d’une créance fixée pour cet enfant par une décision de justice ou par un accord ou un acte respectivement mentionnés aux 1° et 2° du IV de l’article L. 523-1, ou n’a engagé de démarche en ce sens ;
- ⑯ « 2° Le montant de la contribution, fixé en numéraire, est supérieur ou égal à un seuil établi en tenant compte notamment des modalités de résidence retenues pour l’enfant mentionné au premier alinéa, des ressources du débiteur et du nombre d’enfants de ce dernier lorsqu’ils sont à sa charge selon des conditions fixées par décret ;
- ⑰ « 3° L’accord précise les informations strictement nécessaires à la détermination du montant de la contribution mentionnées au 2° du présent article.
- ⑱ « La décision de l’organisme débiteur a les effets d’un jugement et constitue un titre exécutoire au sens du 6° de l’article L. 111-3 du code des procédures civiles d’exécution.

- ③⑨ « La demande des parents mentionnée au premier alinéa du présent article peut être réalisée par voie dématérialisée.
- ④⑩ « Lorsque l'information mentionnée au 1° du présent article n'a pas été portée à la connaissance de l'organisme débiteur, la décision de ce dernier est frappée de nullité.
- ④⑪ « La décision de l'organisme débiteur n'est susceptible d'aucun recours. En cas de refus de l'organisme débiteur de conférer force exécutoire à l'accord, les parents peuvent, ensemble ou séparément, saisir le juge aux affaires familiales aux fins de fixation du montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant sur le fondement de l'article 373-2-7 du code civil.
- ④⑫ « Les parents sont tenus de signaler à l'organisme débiteur tout changement de situation susceptible d'entraîner la révision du montant de la contribution. Lorsque ce changement entraîne une modification du droit à l'allocation mentionnée au 4° du I de l'article L. 523-1 du présent code, les parents qui ont conclu un nouvel accord le transmettent à l'organisme débiteur en vue du maintien de cette allocation.
- ④⑬ « Toute décision judiciaire exécutoire supprimant ou modifiant la contribution à l'entretien et à l'éducation d'un enfant et postérieure au titre exécutoire établi en application du présent article prive ce titre de tout effet.
- ④⑭ « L'organisme débiteur auquel incombe la délivrance du titre exécutoire est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou, à défaut, du parent créancier.
- ④⑮ « Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- ④⑯ 7° L'article L. 583-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④⑰ « Le présent article est applicable aux informations demandées au parent débiteur et au parent créancier nécessaires pour l'application de l'article L. 582-2 et du 4° du I de l'article L. 523-1. » ;
- ④⑱ 8° Le chapitre III du titre VIII du livre V est complété par un article L. 583-5 ainsi rédigé :
- ④⑲ « *Art. L. 583-5.* – Les organismes débiteurs des prestations familiales communiquent à l'administration fiscale le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée dans l'accord mentionné à l'article L. 582-2 auquel ils ont donné force exécutoire. » ;



- ⑤① 9° Le premier alinéa de l'article L. 755-3 est ainsi modifié :
- ⑤② a) Après la référence : « L. 553-4 », est insérée la référence : « L. 582-1 » ;
- ⑤③ b) La référence : « et L. 583-3 » est remplacée par les références : « , L. 582-2, L. 583-3 et L. 583-5 ».
- ⑤④ II. – (*Non modifié*)
- ⑤⑤ III. – L'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires est complété par un 4° ainsi rédigé :
- ⑤⑥ « 4° Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale. »
- ⑤⑦ IV. – Les *c bis* et *g* du 1°, le 3° et les 5° à 9° du I et les II et III du présent article ne sont pas applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.
- ⑤⑧ V. – Les *c bis* et *g* du 1°, les 6° à 8° et le *b* du 9° du I et le III du présent article entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2018.

## Article 28

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 133-5-8 est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, le mot : « versées » est remplacé par le mot : « dues » ;
- ④ b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « L'employeur est tenu 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 le salarié a effectué une activité pour son compte. » ;
- ⑥ 2° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre III *bis* du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 133-5-12 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 133-5-12.* – Par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail, sous réserve de la communication à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code de l'accord écrit et préalable du salarié, tout employeur ou toute personne ayant recours au dispositif mentionné

aux 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6 peut procéder au versement des rémunérations dues au titre de l'emploi de ce salarié par voie dématérialisée, par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.

- ⑧ « Dans ce cas, la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié prévue au 1° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts est effectuée par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code dans les conditions prévues au 3 de l'article 1671 du code général des impôts.
- ⑨ « L'organisme procède au prélèvement des sommes effectivement dues par l'employeur après la transmission de la déclaration mentionnée au premier alinéa de l'article L. 133-5-8 du présent code et reverse au salarié la rémunération due dans des délais fixés par décret. Le salarié est informé par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de la transmission par son employeur de la déclaration mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-8.
- ⑩ « L'employeur qui recourt au dispositif prévu au premier alinéa du présent article est réputé satisfaire à l'obligation de paiement du salaire lorsqu'il a mis à disposition de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 la somme correspondante à la rémunération due au salarié.
- ⑪ « Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa du présent article tient compte, le cas échéant :
- ⑫ « 1° Des articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ;
- ⑬ « 2° Des sommes que l'employeur décide d'acquitter sur la base du 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code et l'organisme ou l'établissement habilité mentionné à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant émis le titre spécial de paiement mentionné au B de l'article L. 1271-1 du même code prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération ;
- ⑭ « 3° Du montant des cotisations et contributions sociales prises en charge en application de l'article L. 133-8-3 du présent code ;
- ⑮ « 4° De toute aide dont dispose l'employeur pour l'emploi de son salarié, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 et la personne ayant accordé cette aide prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération. » ;

- ⑯ 3° À la première phrase de l'article L. 133-8-3, la référence : « L. 133-8 » est remplacée par la référence : « L. 133-5-10 » ;
- ⑰ 4° L'article L. 531-5 est ainsi modifié :
- ⑱ a) Au premier alinéa du I et à la première phrase du second alinéa du II, la référence : « L. 772-1 » est remplacée par la référence : « L. 7221-1 » ;
- ⑲ b) Les deuxième à quatrième alinéas du même I sont ainsi rédigés :
- ⑳ « Ce complément comprend deux parts :
- ㉑ « a) Une part calculée, selon les modalités prévues au II du présent article, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;
- ㉒ « b) Une part calculée, selon les modalités prévues au III, en fonction de la rémunération nette de la personne qui assure la garde de l'enfant. » ;
- ㉓ c) À l'avant-dernier alinéa dudit I, les références : « L. 351-9 et L. 351-10 » sont remplacées par les références : « L. 5423-1, L. 5423-2 et L. 5423-8 » ;
- ㉔ d) Au premier alinéa du II, après le mot : « montant », sont insérés les mots : « mentionné au a du I correspond à la totalité » et, après les mots : « contributions sociales », les mots : « est pris en charge en totalité » sont supprimés ;
- ㉕ e) Le second alinéa du même II est ainsi modifié :
- ㉖ – à la première phrase, les mots : « une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge » sont remplacés par les mots : « le montant mentionné au a du I correspond à une fraction, fixée par décret, des cotisations et contributions sociales » ;
- ㉗ – la même première phrase est complétée par les mots : « après prise en compte de la déduction prévue au I bis de l'article L. 241-10 du présent code » ;
- ㉘ – la deuxième phrase est ainsi rédigée :
- ㉙ « Le plafond mentionné au présent alinéa est fixé par décret. » ;
- ㉚ – au début de la dernière phrase, les mots : « Le plafond » sont remplacés par le mot : « Il » ;

- 31) f) À la première phrase du III, les mots : « versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants » sont remplacés par les mots : « mentionnée au *b* du I » ;
- 32) 5° L'article L. 531-8 est ainsi rédigé :
- 33) « *Art. L. 531-8.* – Les employeurs qui bénéficient du complément mentionné à l'article L. 531-5 sont tenus d'adhérer au dispositif simplifié prévu pour les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 133-5-6.
- 34) « Les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant, nettes de la déduction prévue au *I bis* de l'article L. 241-10 lorsqu'elle est applicable, du montant mentionné au *a* du I de l'article L. 531-5 et, le cas échéant, du montant mentionné au *b* du même I, dans la limite des cotisations et contributions restantes, donnent lieu à un prélèvement automatique par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.
- 35) « Les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole versent à l'employeur le montant du complément mentionné au *b* du I de l'article L. 531-5 restant dû après imputation, en application du deuxième alinéa du présent article, sur les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui garde l'enfant.
- 36) « Pour la mise en œuvre des missions mentionnées aux deuxième et troisième alinéas, les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole informent l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de l'éligibilité des employeurs au complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 et lui transmettent les informations nécessaires à l'établissement du montant mentionné au *b* du I du même article L. 531-5. L'organisme transmet aux caisses d'allocations familiales et aux caisses de mutualité sociale agricole les informations déclarées par les employeurs ainsi que les montants mentionnés au deuxième alinéa du présent article et à l'article L. 531-8-1. » ;
- 37) 6° Après le même article L. 531-8, il est inséré un article L. 531-8-1 ainsi rédigé :
- 38) « *Art. L. 531-8-1.* – Dans le cas mentionné à l'article L. 133-5-12, sans préjudice du montant des rémunérations effectivement versées au salarié par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, le prélèvement mentionné au troisième alinéa de l'article L. 133-5-12 est

minoré à hauteur du montant du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 531-8. »

③ II et III. – (*Non modifiés*)

**Article 28 bis**

(*Supprimé*)

**Article 29**

Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,9 milliards d'euros.

TITRE II

**DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE**

.....

**Article 30 bis**

(*Conforme*)

.....

**Articles 33 et 33 bis**

(*Conformes*)

.....

**Article 34 ter**

À la fin du II de l'article 43 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2017 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> juillet 2017 ».

**Article 34 quater**

*(Conforme)*

**Article 35**

- ① Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 230,6 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 125 milliards d'euros.

TITRE III

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

.....

**Article 36 bis**

*(Supprimé)*

**Article 36 ter**

*(Conforme)*

**Article 37**

- ① Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,1 milliards d'euros.

## TITRE IV

### DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

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

#### **Consolider les droits sociaux, promouvoir la santé publique**

#### **Article 38**

- ① I. – Le chapitre IX du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° A (*nouveau*) L'article L. 169-1 est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « ou qui ont bénéficié d'une provision versée par le fonds de garantie en application de l'article L. 422-2 du code des assurances ou d'une indemnisation accordée au titre des articles L. 126-1 et L. 422-1 du même code par une décision du juge civil ayant autorité de la chose jugée. L'État notifie à la caisse nationale d'assurance maladie, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11 du présent code, l'identité de ces personnes. » ;
- ③ 1° Après l'article L. 169-2, il est inséré un article L. 169-2-1 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 169-2-1.* – Les personnes mentionnées à l'article L. 169-1 bénéficient de la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et résultant de l'acte de terrorisme. » ;
- ⑤ 2° Après le mot : « exposés », la fin de l'article L. 169-3 est supprimée ;
- ⑥ 3° L'article L. 169-4 est ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 169-4.* – I. – Les articles L. 169-2, L. 169-2-1 et L. 169-3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme.
- ⑧ « Ces dispositions cessent d'être applicables :
- ⑨ « 1° À l'issue d'un délai de deux mois à compter de la notification de la décision du fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances

relative à l'indemnisation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code ;

- ⑩ « 2° Ou, à défaut, à l'issue d'un délai de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme pour les personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à cette date auprès du fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances.
- ⑪ « II. – Toutefois, les 1°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 169-2 et l'article L. 169-3 du présent code continuent de s'appliquer aux demandeurs d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre qui, à la date de présentation de l'offre mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du code des assurances, sont susceptibles d'obtenir la concession de cette pension. Ces dispositions cessent d'être applicables à la date de notification de la décision relative à la concession de la pension mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.
- ⑫ « III. – Pour la mise en œuvre des dispositions du présent article :
- ⑬ « 1° Le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances notifié à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11 du présent code :
- ⑭ « a) La date de la notification de sa décision relative à l'indemnisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du code des assurances ;
- ⑮ « b) L'identité des personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours auprès du fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances à l'issue d'une période de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme ;
- ⑯ « 2° Le ministre de la défense notifie à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11, la date de notification de la décision relative à la concession d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. » ;
- ⑰ 4° Au début de l'article L. 169-5, les mots : « Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert » sont remplacés



par les mots : « Par dérogation au I de l'article L. 169-4, pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme et les médicaments prescrits à cette occasion, les droits prévus aux 4° à 6° de l'article L. 169-2 et à l'article L. 169-2-1 peuvent être ouverts » ;

- ⑱ 5° Après la référence : « L. 169-2 et », la fin de l'article L. 169-8 est ainsi rédigée : « aux articles L. 169-2-1 et L. 169-3. » ;
- ⑲ 6° L'article L. 169-10 est ainsi modifié :
- ⑳ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ㉑ b) Le second alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :
- ㉒ « II. – Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 à qui le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances a présenté l'offre d'indemnisation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code :
- ㉓ « 1° Le financement des dépenses résultant de l'article L. 169-2-1 du présent code est assuré par le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV du présent article ;
- ㉔ « 2° Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, le financement de la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais réellement exposés est assuré :
- ㉕ « a) Jusqu'à la date de présentation de l'offre mentionnée au premier alinéa du présent II, par le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV du présent article ;
- ㉖ « b) À compter de la mise en œuvre du II de l'article L. 169-4, par l'État.
- ㉗ « III. – Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 du présent code à qui le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances notifie une décision de refus d'indemnisation ou pour laquelle aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à l'issue d'une période de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme, le financement des dépenses mentionnées aux 1° et 2° du II du présent article est à la charge de l'État, déduction faite des sommes mentionnées au IV.
- ㉘ « L'État prend également en charge, déduction faite des sommes mentionnées au IV, le financement des dépenses mentionnées au 1° du II pour la mise en œuvre de l'article L. 169-5 postérieurement à la

présentation de l’offre mentionnée au premier alinéa du même II et de l’article L. 169-7.

- 29 « IV. – Un décret fixe les conditions dans lesquelles les régimes d’assurance maladie se substituent aux personnes mentionnées à l’article L. 169-1 pour l’obtention des sommes qui auraient été versées par d’autres dispositifs de prise en charge des mêmes préjudices en l’absence des dispositions des articles L. 169-2-1 et L. 169-3, notamment par les organismes mentionnés au premier alinéa de l’article L. 182-3. » ;
- 30 7° À l’article L. 169-11, après la référence : « L. 169-8 », sont insérés les mots : « et de l’article L. 169-10 ».
- 31 II. – *(Non modifié)*
- 32 III. – Après l’article L. 3131-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3131-9-1 ainsi rédigé :
- 33 « Art. L. 3131-9-1. – Lorsque le dispositif d’organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle “ORSAN” mentionné à l’article L. 3131-11 est mis en œuvre, les informations strictement nécessaires à l’identification des victimes et à leur suivi, notamment pour la prise en charge de leurs frais de santé, sont recueillies dans un système d’identification unique des victimes.
- 34 « Les établissements de santé qui les ont prises en charge ou accueillies, y compris dans le cadre des services d’aide médicale urgente ou de premier secours et des cellules d’urgence médico-psychologiques, et les services de premier secours enregistrent les données à caractère personnel relatives aux victimes dans le système d’information mentionné au premier alinéa et les transmettent, dans le but d’assurer la gestion de la crise et le suivi des victimes, aux agents désignés au sein des agences régionales de santé et des ministères compétents.
- 35 « Un décret en Conseil d’État, pris après avis de la Commission nationale de l’informatique et des libertés, précise la nature des données recueillies et fixe les modalités de cette transmission dans le respect des règles garantissant la protection de la vie privée. »
- 36 IV, V et VI. – *(Non modifiés)*
- .....

## **Articles 39 et 39 bis**

*(Conformes)*

### **Article 39 ter**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa de l'article L. 111-2 est complété par les mots : « , qui est applicable en France métropolitaine et, sous les réserves qu'il prévoit, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin » ;
- ③ 2° Le premier alinéa de l'article L. 115-6 est ainsi modifié :
- ④ a) Après la première occurrence du mot : « elles », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « remplissent la condition de régularité du séjour prévue à l'article L. 111-2-3. » ;
- ⑤ b) La seconde phrase est supprimée ;
- ⑥ 3° Au premier alinéa de l'article L. 134-4, les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale » et les mots : « l'ensemble » sont remplacés par les mots : « les soldes » ;
- ⑦ 4° L'article L. 160-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « Un décret en Conseil d'État prévoit les conditions dans lesquelles les personnes qui résident en France et cessent de remplir les autres conditions mentionnées à l'article L. 111-2-3 bénéficient, dans la limite d'un an, d'une prolongation du droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-8 et, le cas échéant, à la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1. » ;
- ⑨ 4° *bis* Au premier alinéa de l'article L. 160-2, les mots : « dont l'assuré est tuteur » sont supprimés ;
- ⑩ 5° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 160-5 est supprimée ;
- ⑪ 6° L'article L. 160-10 est ainsi modifié :

- ⑫ a) À la seconde phrase du premier alinéa, la première occurrence du mot : « soit » est supprimée et, après la première occurrence du mot : « assuré », la fin est supprimée ;
- ⑬ b) Le second alinéa est supprimé ;
- ⑭ 6° *bis* Le deuxième alinéa de l'article L. 160-11 est supprimé ;
- ⑮ 7° L'article L. 161-15-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑯ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, les adhérents à l'une des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévues aux chapitres II, III et V du titre VI du livre VII du présent code sont dispensés de cette restitution afin de faciliter le service et la prise en charge par la Caisse des Français de l'étranger des soins mentionnés à l'article L. 766-2. » ;
- ⑰ 8° À la fin de l'article L. 161-16-1, les mots : « par la production d'un titre ou document figurant sur une liste fixée par décret » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 111-2-3 » ;
- ⑱ 9° La section 4 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 161-36-5 ainsi rétabli :
- ⑲ « *Art. L. 161-36-5.* – Les dispositions de la présente section, en tant qu'elles sont nécessaires à la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article L. 161-15-4, sont applicables à la Caisse des Français de l'étranger selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑳ 9° *bis* Au 1° de l'article L. 162-4-1, la référence : « au 5° de l'article L. 321-1 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 321-1 » ;
- ㉑ 9° *ter* Au premier alinéa de l'article L. 172-1 A, les deux occurrences des mots : « d'immatriculation, » sont supprimées ;
- ㉒ 9° *quater* L'article L. 312-2 est abrogé ;
- ㉓ 9° *quinquies* À la fin du dernier alinéa de l'article L. 313-1, le mot : « immatriculation » est remplacé par le mot : « affiliation » ;
- ㉔ 10° L'article L. 325-1 est ainsi modifié :
- ㉕ a) Le II est ainsi modifié :
- ㉖ – au 4°, la référence : « L. 161-1, » est supprimée ;

- 27 – au même 4°, après la référence : « L. 161-9 », sont insérés les mots : « du présent code et aux 1° à 7° de l'article L. 5141-1 du code du travail » ;
- 28 – au 5°, la référence : « règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté » est remplacée par la référence : « règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale » ;
- 29 – au 8°, les mots : « dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle » sont remplacés par les mots : « en France ou dans un autre État de l'Union européenne » ;
- 30 – aux 9°, 10° et 11°, les mots : « quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « résidant en France ou dans un autre État de l'Union européenne » ;
- 31 – après le 11°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 32 « Le régime local est applicable aux titulaires d'un avantage vieillesse relevant des 8°, 9°, 10° et 11° qui résident dans un autre État de l'Union européenne, à condition qu'ils en fassent la demande dans un délai de deux ans à compter de la liquidation de leur pension ou de la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017. » ;
- 33 b) Le III est complété par les mots : « ainsi qu'aux conditions de cotisation et de nombre minimal d'heures de travail salarié ou assimilé pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations prévues au I du présent article, dans des conditions prévues par décret » ;
- 34 10° bis Au II de l'article L. 325-2, les mots : « et l'immatriculation » sont supprimés ;
- 35 10° ter À l'article L. 341-2, le mot : « immatriculation » est remplacé par le mot : « affiliation » ;
- 36 11° L'article L. 376-1 est ainsi modifié :
- 37 a) Le premier alinéa est complété par les mots : « ou du livre I<sup>er</sup> » ;
- 38 b) Au deuxième alinéa, après le mot : « livre », sont insérés les mots : « et le livre I<sup>er</sup> » ;

- 39 12° L'article L. 381-8 est ainsi modifié :
- 40 a) Au deuxième alinéa, après le mot : « redevables », sont insérés les mots : « , ainsi que, le cas échéant, leur conjoint ou le partenaire avec lequel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, » ;
- 41 b) Le 3° est complété par les mots : « ou être marié à un conjoint ou lié par un pacte civil de solidarité à un partenaire exerçant une activité professionnelle, cette condition étant appréciée par l'exercice d'un nombre d'heures d'activité minimal fixé par décret » ;
- 42 c) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :
- 43 « 4° Être reconnu réfugié ou bénéficiaire de la protection subsidiaire ou être enregistré par l'autorité compétente en qualité de demandeur d'asile et disposant du droit de se maintenir sur le territoire, dans les conditions prévues aux articles L. 742-1 et L. 743-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. » ;
- 44 13° À la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 381-30, les mots : « ou à leurs ayants droit » sont supprimés ;
- 45 14° L'article L. 382-8 est abrogé ;
- 46 15° À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 471-1, les mots : « aux conditions de régularité de séjour et de travail en France définies par le décret mentionné à l'article L. 115-6 » sont remplacés par les mots : « à la condition de régularité de séjour prévue à l'article L. 111-2-3 » ;
- 47 16° L'article L. 755-29 est ainsi modifié :
- 48 a) Au premier alinéa, le mot : « affiliés » est remplacé par le mot : « rattachés » ;
- 49 b) Au second alinéa, les mots : « d'affiliation » sont remplacés par les mots : « de rattachement ».
- 50 II et III. – (*Non modifiés*)
- .....

### **Article 39 quinquies**

- ① Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière aux personnes adultes.
- ② L'administration par les pharmaciens du vaccin dans les conditions mentionnées au premier alinéa est financée par le fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.
- ③ Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il peut être dérogé aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-16-1 et L. 162-38 du code de la sécurité sociale en tant qu'elles concernent les honoraires et rémunérations dus aux pharmaciens par les assurés sociaux et par l'assurance maladie.
- ④ Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment les conditions de désignation des officines des régions retenues pour participer à l'expérimentation, les conditions de formation préalable des pharmaciens, les modalités de traçabilité du vaccin, les modalités de financement de l'expérimentation et les modalités de rémunération des pharmaciens.
- ⑤ Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

### **Article 39 sexies**

- ① Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, la détention par le médecin généraliste, en vue de son administration, du vaccin contre la grippe saisonnière pour les personnes adultes.
- ② Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il peut être dérogé aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'elles concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins et centres de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie.
- ③ Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de cette expérimentation, notamment les conditions de désignation des professionnels des régions retenues pour participer à cette expérimentation, les modalités

applicables à la détention du vaccin et à la traçabilité ainsi que les modalités d'évaluation et de financement.

- ④ Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

#### **Article 40**

- ① I. – Des expérimentations peuvent être menées, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer la prise en charge et le suivi de jeunes de six à vingt et un ans chez lesquels un médecin, notamment médecin généraliste, médecin scolaire, pédiatre ou psychologue scolaire, a évalué une souffrance psychique.
- ② Dans le cadre de ces expérimentations, les médecins ou psychologues scolaires peuvent, après évaluation, orienter vers des consultations de psychologues libéraux, en fonction des besoins et de la situation du jeune et de sa famille.
- ③ Ces consultations sont réalisées par les psychologues libéraux figurant sur la liste mentionnée à l'avant-dernier alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et donnent lieu à un financement forfaitaire sur les crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.
- ④ Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour les expérimentations.
- ⑤ II et III. – *(Non modifiés)*

#### **Articles 41, 42 et 42 bis**

*(Conformes)*

#### **Article 42 ter**

*(Supprimé)*



## CHAPITRE II

### Promouvoir les parcours de santé

#### Article 43

- ① I. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 25° ainsi rédigé :
- ② « 25° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité ; »
- ③ II. – (*Non modifié*)

#### Article 43 bis A

*(Supprimé)*

.....

#### Article 43 quater

- ① I. – À défaut de signature avant le 1<sup>er</sup> février 2017 d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.
- ② Ce projet de convention reconduit la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur, en modifiant ses articles 4.2.1 et 4.3.3 et ses annexes I et V, pour déterminer les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et la limite applicable aux dépassements autorisés sur tout ou partie de ces tarifs. Les dispositions de la convention antérieure continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement arbitral qui la remplace.
- ③ L'arbitre est désigné avant le 1<sup>er</sup> février 2017 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des chirurgiens-dentistes. À défaut, l'arbitre est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans un délai de huit jours. Le nom de l'arbitre est

notifié aux partenaires conventionnels ainsi qu'aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

- ④ L'arbitre dispose d'un délai d'un mois à compter de sa désignation pour transmettre un projet de règlement arbitral aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il auditionne les représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.
- ⑤ Le I de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale s'applique aux conditions de transmission, d'approbation et de mise en œuvre du règlement arbitral.
- ⑥ La procédure d'approbation de l'avenant mentionné au premier alinéa du présent article est mise en œuvre sans appliquer le délai prévu à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-14-3 du même code.
- ⑦ II. – La deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ⑧ 1° L'intitulé est complété par les mots : « , de l'adolescent et du jeune adulte » ;
- ⑨ 2° L'intitulé du titre III du livre I<sup>er</sup> est complété par les mots : « , l'adolescent et le jeune adulte » ;
- ⑩ 3° Le même titre III est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :
- ⑪ « *CHAPITRE IV*
- ⑫ « *Examens et prévention*
- ⑬ « *Art. L. 2134-1. – Dans l'année qui suit leur neuvième, leur quinzième, leur dix-huitième, leur vingt et unième et leur vingt-quatrième anniversaires, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Ces examens, ainsi que les soins consécutifs, ne donnent pas lieu à contribution financière de la part des assurés.*
- ⑭ « Les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale déterminent, pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes, la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. À défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de disposition sur la nature, les modalités et

les conditions de mise en œuvre de cet examen et sur la prise en charge des soins consécutifs, ces dernières sont définies par arrêté interministériel. »

.....

### **Article 43 septies**

Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conséquences et le coût de l'amélioration de la protection maternité et paternité pour l'ensemble des professions médicales et paramédicales libérales en France.

### **Article 43 octies**

*(Supprimé)*

### **Article 44**

- ① I et I bis. – *(Non modifiés)*
- ② II. – Le livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° Après le sixième alinéa de l'article L. 133-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;
- ⑤ 2° Après l'article L. 162-22-6, il est inséré un article L. 162-22-6-1 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 162-22-6-1.* – La prise en charge d'une affection nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale peut donner lieu à la facturation, par les établissements de santé mentionnés aux *a* à *e* de l'article L. 162-22-6, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° du même article L. 162-22-6.

- ⑦ « Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article, notamment les critères permettant la prise en charge de cette prestation par les régimes obligatoires de sécurité sociale. » ;
- ⑧ 3° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, le mot : « hospitalisés » est supprimé ;
- ⑨ 4° Le premier alinéa de l'article L. 162-22-8-1 est ainsi modifié :
- ⑩ a) À la première phrase, les mots : « situés dans des zones à faible densité de population » sont supprimés ;
- ⑪ b) À la seconde phrase, après le mot : « situés », sont insérés les mots : « , sauf lorsqu'il s'agit d'un territoire insulaire, » ;
- ⑫ 5° Après l'article L. 162-22-8-2, il est inséré un article L. 162-22-8-3 ainsi rédigé :
- ⑬ « *Art. L. 162-22-8-3.* – Par dérogation à l'article L. 162-22-6, les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* du même article L. 162-22-6 exerçant des activités de soins critiques définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent bénéficier d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° dudit article L. 162-22-6 et d'une dotation complémentaire, eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge. » ;
- ⑭ 6° L'article L. 162-22-9-1 est ainsi modifié :
- ⑮ a) Le II devient le III ;
- ⑯ b) Après le I, il est rétabli un II ainsi rédigé :
- ⑰ « II. – Le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, peut être minoré par l'application du coefficient défini au I du présent article. » ;
- ⑱ c) Avant le dernier alinéa, il est inséré un IV ainsi rédigé :
- ⑲ « IV. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre le montant de la dotation complémentaire mentionnée à

l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, et le montant de cette dotation complémentaire minoré dans les conditions définies au II du présent article. » ;

- 20 7° Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :
- 21 a) Le 2° est ainsi rédigé :
- 22 « 2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ; »
- 23 b) Au 3°, les mots : « et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, » sont remplacés par les mots : « , aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire mentionnés au 2° » ;
- 24 8° À l'article L. 162-22-12, après la référence : « l'article L. 162-22-8 », sont insérés les mots : « et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, minorée, le cas échéant, dans les conditions définies au II de l'article L. 162-22-9-1, » ;
- 25 9° Le début du premier alinéa de l'article L. 162-22-15 est ainsi rédigé : « Les forfaits annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14... *(le reste sans changement)*. » ;
- 26 9° bis Le premier alinéa de l'article L. 162-25 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- 27 « Lorsqu'elle porte sur des prestations d'hospitalisation à domicile, l'action se prescrit par un an à compter de la date à laquelle ces établissements doivent transmettre, pour chaque séjour, les données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. » ;
- 28 10° L'article L. 162-27 est abrogé ;
- 29 11° Le premier alinéa de l'article L. 174-15 est ainsi modifié :
- 30 a) Après la référence : « L. 162-22-6, », est insérée la référence : « L. 162-22-6-1, » ;
- 31 b) Après la référence : « L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-8-3, ».

② III et IV. – *(Non modifiés)*

**Article 44 bis A**

*(Supprimé)*

**Article 44 bis**

- ① I. – L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :
- ② « *Art. L. 162-21-2.* – Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1. Un décret précise les conditions d'application du présent article. »
- ③ II. – Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2018.

.....

**Article 45**

- ① I et II. – *(Non modifiés)*
- ② III. – L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :
- ③ 1° Au A du III, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 » ;
- ④ 2° Le B du même III est ainsi modifié :
- ⑤ a) Au premier alinéa, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 » ;
- ⑥ b) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;
- ⑦ 3° Le même III est complété par des D à G ainsi rédigés :

- ⑧ « D. – À compter du 1<sup>er</sup> mars 2017 et au plus tard jusqu’au 1<sup>er</sup> mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d’hospitalisation mentionnées au 1<sup>o</sup> de l’article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d’assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l’article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l’article L. 162-23-3 dudit code, sont affectées d’un coefficient de majoration.
- ⑨ « Ce coefficient est réduit chaque année et doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2022.
- ⑩ « Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d’État.
- ⑪ « E. – Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4<sup>o</sup> de l’article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés à l’article L. 162-22-6 dudit code sont financées selon les modalités suivantes :
- ⑫ « 1<sup>o</sup> Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3<sup>o</sup> ci-après ;
- ⑬ « 2<sup>o</sup> Du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018, elles sont financées par deux montants cumulatifs :
- ⑭ « a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l’application des modalités de financement antérieures à la présente loi.
- ⑮ « En application du premier alinéa du présent a, les tarifs des prestations mentionnées au 1<sup>o</sup> de l’article L. 162-22-1 du même code des établissements mentionnés aux d et e de l’article L. 162-22-6 du même code sont affectés d’un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au premier alinéa du présent a ;
- ⑯ « b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l’application des modalités de financement prévues au 1<sup>o</sup> de l’article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale. Ce montant peut être affecté d’un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

- ⑰ « Pour chaque établissement mentionné aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code, ce montant est minoré afin de neutraliser une fraction du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 dudit code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'État. Cette fraction est identique à celle mentionnée au premier alinéa du présent *b* ;
- ⑱ « 3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2017 sauf en ce qui concerne :
- ⑲ « *a*) Le financement complémentaire mentionné au *a* du 2° du même article L. 162-23-2 prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 ;
- ⑳ « *b*) Le financement complémentaire mentionné au *b* du même 2° prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;
- ㉑ « 4° Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sont financés par deux montants cumulatifs :
- ㉒ « *a*) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies au même article L. 162-26 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- ㉓ « *b*) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;
- ㉔ « 5° Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 du même code est constitué :
- ㉕ « *a*) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, dans les conditions prévues aux 1°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2017 ;
- ㉖ « *b*) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues



aux 2°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 31 décembre 2017 ;

- ⑳ « 6° Du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018, l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué :
- ㉑ « a) Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E ;
- ㉒ « b) Pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2018 au 31 décembre 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale telles que prévues à l'article L. 162-23 du même code.
- ㉓ « F. – Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018, le montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code.
- ㉔ « Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code.
- ㉕ « Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.
- ㉖ « 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, du montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III, arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.
- ㉗ « L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, 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 périodes suivantes.
- ㉘ « Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'État.

- ③⑥ « G. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003).
- ③⑦ « Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont fixées par voie réglementaire.
- ③⑧ « L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.
- ③⑨ « Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française. Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ou de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code. » ;
- ④⑩ 4° Au V, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;
- ④⑪ 5° Il est ajouté un VI ainsi rédigé :
- ④⑫ « VI. – Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2018, par dérogation au 8° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeurent financées selon les modalités antérieures à la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017. »

**Article 45 bis A**

*(Supprimé)*

**Article 45 bis**

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 15 octobre 2017, un rapport d'étape sur la réforme des modalités de financement de l'activité d'hospitalisation à domicile. Ce rapport présente notamment le calendrier de déploiement de la réforme.

.....

**Article 45 quinquies A**

*(Conforme)*

**Article 45 quinquies**

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> juillet 2017, un rapport sur l'usage de l'enveloppement corporel humide dans le secteur sanitaire. Ce rapport met notamment en lumière le nombre d'établissements qui pratiquent cet enveloppement corporel humide, son coût pour la sécurité sociale et son efficacité dans la prise en charge des patients.

**Article 45 sexies**

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> octobre 2017, un rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées et sur les conditions de revalorisation des tarifs appliqués à cette prise en charge.

**Article 46**

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° A Le VI de l'article L. 14-10-3 est ainsi modifié :
- ③ a) À la première phrase, les mots : « les comptes prévisionnels de la caisse » sont remplacés par les mots : « les comptes et le montant des fonds propres prévisionnels de la caisse, accompagnés d'un tableau récapitulatif des flux de disponibilités entrants et sortants, » ;

- ④ *b) (Supprimé)*
- ⑤ 1° B *(Supprimé)*
- ⑥ 1° L'article L. 313-1 est ainsi modifié :
- ⑦ a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- ⑧ b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :
- ⑨ « Toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixés par décret. Ce décret fixe également les conditions selon lesquelles l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 313-3 peut prolonger ce délai. » ;
- ⑩ 2° L'article L. 313-11 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Au début de la première phrase du premier alinéa, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, » sont supprimés ;
- ⑫ *b) (Supprimé)*
- ⑬ 3° Le IV *ter* de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :
- ⑭ aa) Le premier alinéa du A est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑮ « La personne morale qui exerce un contrôle exclusif, dans les conditions prévues au II de l'article L. 233-16 du code de commerce, peut conclure ce contrat pour le compte des sociétés contrôlées qui gèrent un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II du présent article. » ;
- ⑯ ab) La première phrase du deuxième alinéa du même A est ainsi rédigée :
- ⑰ « Lorsqu'une personne physique ou morale mentionnée au premier alinéa du présent A gère ou contrôle plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;
- ⑱ a) *(Supprimé)*

- 19) b) Le dernier alinéa du B est complété par une phrase ainsi rédigée :
- 20) « Dans l'attente de la signature du contrat, les autorités de tarification peuvent réviser les propositions d'affectation des résultats sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. » ;
- 21) c) Le même B est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 22) « Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;
- 23) 4° L'article L. 313-12-2 est ainsi modifié :
- 24) a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 25) – à la première phrase, après la référence : « 2° », est insérée la référence : « , 3° » ;
- 26) – à la même première phrase, les mots : « , le cas échéant, » sont supprimés ;
- 27) – est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- 28) « Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 29) b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 30) « Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;
- 31) 5° L'article L. 313-14-2 est ainsi modifié :
- 32) a) Au premier alinéa, les mots : « le reversement » sont remplacés par les mots : « la récupération » ;
- 33) b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 34) « Cette récupération vient en déduction du tarif de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit. » ;
- 35) 5° bis (*Supprimé*)

- 36 6° La première phrase du dernier alinéa du VI de l'article L. 314-7 est ainsi rédigée :
- 37 « En application des articles L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2, l'autorisation de ces frais de siège social est effectuée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens lorsque le périmètre de ce contrat correspond à celui des établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire. » ;
- 38 7° L'article L. 314-9 est ainsi modifié :
- 39 a) Après les mots : « validation, à un médecin », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « désigné par le président du conseil départemental et à un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. » ;
- 40 b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- 41 – les mots : « de l'agence régionale de santé territorialement compétente » sont supprimés ;
- 42 – sont ajoutés les mots : « territorialement compétente » ;
- 43 8° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 313-14-1, au 1° de l'article L. 315-12 et à la fin de la dernière phrase du premier alinéa du I de l'article L. 315-15, les références : « L. 313-11 et L. 313-12 » sont remplacées par les références : « L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2 » ;
- 44 9° À la fin du 4° de l'article L. 315-12, les mots : « ne relevant pas de l'article L. 314-7-1 » sont supprimés.
- 45 II. – (*Non modifié*)

#### **Article 46 bis**

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> juillet 2017, un rapport définissant les conditions de mise en place d'un fonds d'amorçage pluriannuel de prévention des départs non choisis en Belgique. Ce rapport s'appuie sur une évaluation de l'efficacité du fonds d'amorçage mis en place en 2016.

.....

**Article 47 bis**

*(Conforme)*

**Article 48**

- ① I et II. – *(Non modifiés)*
- ② III et IV. – *(Supprimés)*

**Article 48 bis**

*(Conforme)*

CHAPITRE III

**Garantir la pertinence des prises en charge**

**Article 49**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 221-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Après le 1°, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :
- ④ « 1° bis D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; »
- ⑤ b) Le 8° est ainsi rétabli :
- ⑥ « 8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1, L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° bis du présent article ; »
- ⑦ 2° Il est rétabli un article L. 221-1-1 ainsi rédigé :
- ⑧ « Art. L. 221-1-1. – I. – Il est créé un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique.
- ⑨ « II. – Ce fonds enregistre en recettes :

- ⑩ « 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie incluse dans le champ des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, fixée chaque année en fonction de cet objectif par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget et qui ne peut être inférieure au montant fixé l'année précédente majoré du taux d'évolution moyen des dépenses du fonds, nettes des recettes mentionnées aux 2° à 5° du présent II constatées au cours des cinq exercices précédents. Cette dotation est répartie entre les régimes selon les modalités définies à l'article L. 175-2 ;
- ⑪ « 2° La part des remises recouvrées par les organismes désignés en application de l'article L. 162-18 correspondant à l'usage de médicaments pris en charge au titre de leur inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-22-7 du présent code et au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;
- ⑫ « 3° Les remises mentionnées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code ;
- ⑬ « 4° Les contributions et remises dues en application de la contribution relative au taux (Lh) mentionnée à l'article L. 138-10 ;
- ⑭ « 5° Les contributions dues en application de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C mentionnée à l'article L. 138-19-1.
- ⑮ « Pour les médicaments inscrits à la fois sur les listes mentionnées :
- ⑯ « a) Au premier alinéa de l'article L. 162-17 et
- ⑰ « b) À l'article L. 162-22-7 du présent code ou au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;
- ⑱ « La part des remises retenues pour l'application du 2° du présent II correspond au montant de ces remises calculé au prorata des dépenses de médicaments remboursées par l'assurance maladie au titre de leur inscription sur l'une des listes mentionnées au b, par rapport à ces mêmes dépenses au titre de leur inscription sur les listes mentionnées aux a et b.
- ⑲ « III. – Le fonds enregistre en dépenses le montant des frais pharmaceutiques relatifs aux médicaments couverts par l'assurance maladie au titre :
- ⑳ « 1° De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;



- ⑳ « 2° De leur inscription sur la liste mentionnée au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;
- ㉑ « 3° Du bénéfice d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;
- ㉒ « 4° De leur prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;
- ㉓ « 5° De leur prise en charge en application du quatrième alinéa de l'article L. 162-17-2-1 du présent code.
- ㉔ « IV. – Le solde du fonds est retracé dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le déficit du fonds ne peut être supérieur à 25 % du montant cumulé de la dotation reçue en application du III de l'article 49 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017 et du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs. L'excédent du fonds ne peut être supérieur à 25 % de la valeur absolue du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs.
- ㉕ « Le fonds ne peut présenter un résultat déficitaire s'il a été constaté au moins trois déficits au cours des cinq exercices précédents.
- ㉖ « Le montant de la dotation mentionnée au 1° du II du présent article est modifié, le cas échéant, pour assurer le respect des dispositions des deux premiers alinéas du présent IV.
- ㉗ « V. – Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées et établit une trajectoire budgétaire pluriannuelle permettant un équilibre des recettes et des dépenses du fonds à un horizon de cinq ans.
- ㉘ « Dans son avis rendu en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie tient compte de la situation financière du fonds. » ;
- ㉙ 3° Au 1° de l'article L. 133-4, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « et L. 162-22-7-3 » ;
- ㉚ 4° Après l'article L. 162-22-7-2, il est inséré un article L. 162-22-7-3 ainsi rédigé :

- ③② « Art. L. 162-22-7-3. – Les médicaments mentionnés aux articles L. 5121-12 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2 du présent code administrés au cours d’une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d’assurance maladie en sus des prestations d’hospitalisation mentionnées à l’article L. 162-22-6. » ;
- ③③ 5° À l’article L. 174-2-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, après la référence « L. 162-22-7 », est insérée la référence « , L. 162-22-7-3 » ;
- ③④ 6° Au premier alinéa de l’article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-7, », est insérée la référence : « L. 162-22-7-3, » ;
- ③⑤ 7° L’article L. 241-2 est ainsi modifié :
- ③⑥ a) Au début du neuvième alinéa, la mention : « IV. – » est supprimée et, à la fin du même alinéa, le mot : « article » est remplacé par la référence : « III » ;
- ③⑦ b) Le dixième alinéa est ainsi modifié :
- ③⑧ – au début, est ajoutée la mention : « IV. – » ;
- ③⑨ – après le mot : « constituées », la fin est ainsi rédigée : « des impositions et remboursements suivants attribués à la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général : » ;
- ④⑩ c) Le 8° est complété par les mots : « dans les conditions fixées par le décret mentionné au 4° du IV de l’article L. 136-8 ».
- ④⑪ II. – À la première phrase du premier alinéa du I de l’article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), la référence : « à l’article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 ».
- ④⑫ III. – *(Non modifié)*

## Article 50

- ① I. – Le chapitre V du titre II du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° A *(Supprimé)*

- ③ 1° L'article L. 5125-23-2 est ainsi modifié :
- ④ a) La deuxième phrase est supprimée ;
- ⑤ b) Au début de la troisième phrase, les mots : « Dans tous les cas, » sont supprimés ;
- ⑥ c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Dans le cas où il initie un traitement avec un médicament biologique, le prescripteur informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques et, le cas échéant, de la possibilité de substitution. Le prescripteur met en œuvre la surveillance clinique nécessaire. » ;
- ⑧ 2° Le septième alinéa de l'article L. 5125-23-3 est supprimé.
- ⑨ II. – (*Supprimé*)

## Article 51

- ① I. – La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° A (*Supprimé*)
- ③ 1° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 162-16-5-1. – I. –* Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. Le comité rend publiques ces déclarations.
- ⑤ « Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente.
- ⑥ « *I bis.* – Si, au 31 mars de chaque année, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des données issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la

santé publique, il apparaît que, pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant moyen pris en charge par patient à ce titre pour l'année civile précédente excède 10 000 euros, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant de 10 000 euros multiplié par le nombre de patients traités. Le nombre de patients traités, et en conséquence le montant moyen pris en charge par patient, sont déterminés au prorata de la durée de traitement moyenne sur l'année civile considérée.

- ⑦ « Par dérogation au premier alinéa du présent *I bis*, les médicaments dont le chiffre d'affaires hors taxes au titre de l'année civile mentionnée au premier alinéa du présent *I bis*, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au premier alinéa du présent *I bis*.
- ⑧ « II. – Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré le cas échéant des remises mentionnées au *I bis* du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.
- ⑨ « Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

- ⑩ « 1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré le cas échéant des remises mentionnées au I *bis* du présent article au titre de cette même période ;
- ⑪ « 2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence.
- ⑫ « Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent II.
- ⑬ « III. – Pour l'application du II du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.
- ⑭ « Le II du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :
- ⑮ « 1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;
- ⑯ « 2° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.
- ⑰ « Dans les deux cas, le premier alinéa du présent III s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.
- ⑱ « III *bis*. – Lorsqu'un médicament ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du I *bis* est inscrit au remboursement au titre d'une

autorisation de mise sur le marché et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du médicament au sens de l'article L. 162-18 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du *I bis* du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au *I bis* du présent article, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du *I bis*, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée.

- ⑲ « IV. – La prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. » ;
- ⑳ 2° L'article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :
- ㉑ a) Au premier alinéa du I, le mot : « son » est remplacé par les mots : « sa première » ;
- ㉒ b) Au 2° du même I, la seconde occurrence des mots : « l'autorisation » est remplacée par les mots : « sa première autorisation » ;
- ㉓ c) Le III est ainsi rédigé :
- ㉔ « III. – A. – Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne :
- ㉕ « 1° Une décision relative à l'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

- ②6 « 2° L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ;
- ②7 « 3° Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'est déposée pour l'indication considérée dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, ou le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes.
- ②8 « B. – Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :
- ②9 « 1° Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code ;
- ③0 « 2° et 3° (*Supprimés*)
- ③1 « 4° Les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés.
- ③2 « Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.
- ③3 « C. – Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les différentes conditions de délai relevant du présent III, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités prévues à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ③4 3° Le même article L. 162-16-5-2 est complété par des IV et V ainsi rédigés :
- ③5 « IV. – Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi des patients traités prévus au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, pour chaque indication

considérée, jusqu'à la fin de la prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée au même article L. 5121-12 ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

- ③⑥ « V. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- ③⑦ 4° Après le même article L. 162-16-5-2, il est inséré un article L. 162-16-5-3 ainsi rédigé :
- ③⑧ « *Art. L. 162-16-5-3.* – La prescription d'une spécialité faisant l'objet de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret.
- ③⑨ « Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code. » ;
- ④⑩ 5° L'article L. 162-18 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ④⑪ « Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.
- ④⑫ « Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au premier alinéa du présent article, qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.



- ④③ « Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du sixième alinéa du présent article.
- ④④ « À défaut de convention prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence. »
- ④⑤ II. – Le 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est complété par les mots : « , dont la valeur maximale est fixée par décret ».
- ④⑥ III. – *(Non modifié)*
- ④⑦ IV. – Les I *bis* et III *bis* de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale et la condition de délai maximal mentionnée au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique sont applicables aux autorisations délivrées au titre du même article L. 5121-12 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.
- ④⑧ Les II et III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux chiffres d'affaires réalisés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## Article 52

- ① I. – L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ④ b) À la deuxième phrase, le mot : « apportée » est supprimé ;
- ⑤ c) La dernière phrase est supprimée ;
- ⑥ 2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :
- ⑦ « II. – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :
- ⑧ « 1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments à même visée thérapeutique sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la

spécialité, notamment en cas de commercialisation d'un premier médicament générique ou d'un premier médicament biologique similaire ;

- ⑨ « 2° Le prix net ou le tarif net, au sens du quatrième alinéa de l'article L. 162-18 du présent code, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ;
- ⑩ « 3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;
- ⑪ « 4° Le coût net, au sens de l'article L. 162-18 du présent code, du traitement médicamenteux pour l'assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ;
- ⑫ « 4° *bis* Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l'assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ;
- ⑬ « 5° L'existence de prix ou de tarifs inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ;
- ⑭ « 6° (*Supprimé*)
- ⑮ 3° Au début du troisième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- ⑯ 4° (*Supprimé*)
- ⑰ 5° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – » ;
- ⑱ 6° (*nouveau*) Il est ajouté un V ainsi rédigé :
- ⑲ « V. – Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4. »
- ⑳ II, III, IV et IV *bis* A. – (*Non modifiés*)

- ⑳ IV *bis*. – L'article L. 162-18 du même code est ainsi modifié :
- ㉑ 1° Après la première phrase du quatrième alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ㉒ « Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret en matière commerciale et industrielle. » ;
- ㉓ 2° Le même quatrième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ㉔ « Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. » ;
- ㉕ 3° (*Supprimé*)
- ㉖ V. – (*Non modifié*)
- ㉗ VI. – L'article L. 165-2 du même code est ainsi modifié :
- ㉘ 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ㉙ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « conditions prévues à l'article L. 165-3-3 » ;
- ㉚ 3° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci » sont remplacés par les mots : « de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu », les mots : « et des prix » sont supprimés et, après les mots : « prévus ou constatés », sont insérés les mots : « , des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés » ;
- ㉛ 4° Après le même avant-dernier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :
- ㉜ « II. – Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :
- ㉝ « 1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;
- ㉞ « 2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées

dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

- ③⑥ « 3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;
- ③⑦ « 4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au coût net de remises de produits ou de prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ;
- ③⑧ « 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ;
- ③⑨ « 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;
- ④⑩ « 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;
- ④① « 8° (*Supprimé*)
- ④② « Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits et prestations comparables. » ;
- ④③ 5° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- ④④ 6° Il est ajouté un IV ainsi rédigé :
- ④⑤ « IV. – Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1. »
- ④⑥ VII à XI. – (*Non modifiés*)

## **Article 52 bis A**

*(Supprimé)*

## **Article 52 bis**

- ① I. – Le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après l'article L. 162-1-8, sont insérés deux articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 ainsi rédigés :
- ③ « *Art. L. 162-1-9.* – Une commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale est créée auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette commission, présidée par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, est composée de représentants des médecins libéraux et hospitaliers spécialistes en radiodiagnostic et en imagerie médicale, de représentants des médecins spécialistes en médecine nucléaire, de représentants des fédérations hospitalières représentatives et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à ses travaux.
- ④ « Cette commission rend un avis motivé sur les propositions présentées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, prévues à l'article L. 162-1-9-1.
- ⑤ « La composition et les règles de fonctionnement de la commission sont fixées par arrêté.
- ⑥ « *Art. L. 162-1-9-1.* – I. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet à la commission prévue à l'article L. 162-1-9, au moins une fois tous les trois ans, avant le 1<sup>er</sup> mars de l'année :
- ⑦ « 1° Des éléments relatifs à l'évolution constatée sur la période concernée des charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et utilisés dans le cadre d'actes et de prestations délivrés par des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers ;
- ⑧ « 2° S'il y a lieu, une analyse de l'évolution de l'organisation et des modalités de fonctionnement des différentes structures utilisant ces équipements ;

- ⑨ « 3° Des propositions d'évolution pluriannuelle des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements ;
- ⑩ « 4° Des propositions d'évolution de la classification de ces équipements ;
- ⑪ « 5° Un bilan de l'impact financier des propositions mentionnées aux 3° et 4°.
- ⑫ « Les propositions mentionnées aux 3° et 4° sont également transmises aux organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et des médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑬ « L'avis de la commission est rendu avant l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la transmission des propositions mentionnées aux 3° et 4°. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé rendu. L'avis est transmis par le directeur général de l'Union aux organisations nationales représentatives de médecins généralistes et de médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑭ « La convention mentionnée à l'article L. 162-5 définit l'évolution des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements matériels lourds d'imagerie médicale, ainsi que la classification associée. À défaut d'accord sur l'évolution des rémunérations et de la classification à l'expiration d'un délai de soixante jours à compter de la transmission mentionnée au septième alinéa du présent article, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à leur détermination.
- ⑮ « Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au neuvième alinéa, la décision déterminant les rémunérations et la classification est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard dans un délai de trente jours.
- ⑯ « Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours.
- ⑰ « En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à la fin du délai mentionné au dixième alinéa, le directeur général de l'union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs. » ;

- ⑱ 2° L'article L. 162-5 est complété par un 26° ainsi rédigé :
- ⑲ « 26° S'agissant des médecins spécialistes en radiodiagnostic et en imagerie médicale et des médecins spécialistes en médecine nucléaire, les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale ainsi que la classification associée, dans le respect des dispositions des articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1. »
- ⑳ II. – Par dérogation à la procédure prévue à l'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai d'un mois à compter de la publication de la présente loi, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la fixation des rémunérations et de la classification mentionnées au même article L. 162-1-9-1. Cette décision est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours.

### Article 53

- ① I et II. – (*Non modifiés*)
- ② III. – Il est institué, au titre de l'année 2017, au bénéfice du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée, une contribution de 150 millions d'euros à la charge de l'organisme mentionné au II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Cette contribution est versée avant le 31 décembre 2017.
- ③ Le recouvrement, le contentieux, les garanties et les sanctions relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.
- ④ IV et V. – (*Non modifiés*)

### Article 54

- ① Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 207,1 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 205,9 milliards d'euros.

### Article 55

- ① Pour l'année 2017, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

- ② *(En milliards d'euros)*

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville .....	86,6
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	79,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées .....	9,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.....	11,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional .....	3,2
Autres prises en charge .....	1,7
<b>Total.....</b>	<b>190,7</b>

## TITRE V

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

#### Article 56

- ① Pour l'année 2017, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées comme suit :

- ② *(En milliards d'euros)*

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse.....	19,6



## TITRE VI

### DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

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

##### Gestion

##### Article 57

- ① I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « centrale de la mutualité sociale agricole ».
- ② II. – À la fin du premier alinéa de l'article L. 815-8 du même code, les mots : « des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « centrale de la mutualité sociale agricole ».
- ③ III. – Les modalités du transfert du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées de la Caisse des dépôts et consignations à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sont déterminées par convention entre ces deux organismes.
- ④ IV. – Le présent article entre en vigueur selon des modalités et à une date fixées par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

##### Article 57 bis A

*(Conforme)*

.....

#### CHAPITRE II

##### Fraude aux prestations

##### Article 59

- ① I. – Le chapitre IV *ter* du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ② 1° L'article L. 114-12-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, les mots : « ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à la Caisse des français de l'étranger ainsi qu'à Pôle emploi » ;
- ④ b) Au 2°, après les mots : « les collectivités territoriales », sont insérés les mots : « et leurs groupements, ainsi que les métropoles, » ;
- ⑤ c) Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :
- ⑥ « 5° Les entreprises qui fournissent des services faisant l'objet d'une tarification définie par la loi sur la base de critères sociaux, s'agissant des données strictement nécessaires à la mise en œuvre de ces tarifs. » ;
- ⑦ 2° L'article L. 114-16 est ainsi modifié :
- ⑧ aa ) (*Supprimé*)
- ⑨ a) Après le mot : « elle », la fin est ainsi rédigée : « recueille, à l'occasion de toute procédure judiciaire, de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations et contributions sociales. » ;
- ⑩ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « L'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués peut communiquer aux organismes de protection sociale toute information utile à l'accomplissement de leur mission de recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations versées indûment. »
- ⑫ II. – (*Supprimé*)

## **Article 60**

(*Conforme*)

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 28 novembre 2016.*

*Le Président,*  
*Signé : CLAUDE BARTOLONE*



## **ANNEXES**



**ANNEXE A**

**Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2015,  
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 2015**

---





## ANNEXE B

### **Rapport décrivant 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 pour les quatre années à venir**

- ① 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 2017-2020. Ces prévisions s'inscrivent dans l'objectif de retour à l'équilibre des régimes de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse, et de la poursuite et de l'accélération de la réduction de la dette sociale.
- ② I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 présente des comptes sociaux proches de l'équilibre, sous l'effet d'une reprise économique qui se confirme et des réformes mises en œuvre par le Gouvernement
- ③ 1. La reprise économique se consolide
- ④ La prévision de croissance du produit intérieur brut (PIB) commune au projet de loi de finances et au projet de loi de financement pour 2016 avait été fixée à 1,5 %, celle de la masse salariale à 2,8 % et celle de l'inflation à 1 %.
- ⑤ Dans le programme de stabilité déposé en avril 2016, le Gouvernement avait maintenu à 1,5 % sa prévision de croissance du PIB pour 2016, mais révisé à la baisse les prévisions d'inflation, désormais quasi nulle, et de croissance de la masse salariale du secteur privé attendue alors en hausse de 2,3 % au lieu de 2,8 %.
- ⑥ La prévision de croissance pour 2016 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 2017 a été fixée à 1,5%, conforme à celle du programme de stabilité (1,5 %). Cette prévision a été révisée à 1,4 % dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 2016, pour tenir compte des informations les plus récentes. En revanche celle de la masse salariale a été revue à la hausse en 2016 : elle s'établirait désormais à 2,6 %, contre 2,3 % prévu dans le programme de stabilité, résultant d'une

croissance de l'emploi de 1 % et du salaire moyen de 1,6 % comme en 2015.

⑦ Pour 2017, le Gouvernement prévoit une croissance identique à la prévision pour 2016 (1,5 %), une accélération de l'inflation qui resterait néanmoins faible (0,8 %) et une croissance de la masse salariale privée de 2,7 %, en légère accélération par rapport à 2016, et de 1,9 % pour la masse salariale publique, plus élevée qu'en 2016 (1,2 %), sous l'effet notamment de la hausse de la valeur du point et des mesures catégorielles.

⑧ Le Haut Conseil des finances publiques a rendu deux avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du projet de loi de finances pour 2017 au conseil des ministres ainsi que lors de la présentation du projet de loi de finances rectificative pour 2016.

⑨

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PIB volume	0,6 %	1,3 %	1,4 %	1,5 %	1,8 %	1,9 %	1,9 %
Masse salariale secteur privé	1,6 %	1,7 %	2,6 %	2,7 %	3,6 %	3,8 %	4,1 %
<i>Dont effectifs</i>	0,0%	0,1%	1,0%	1,0%	0,5%	0,5%	0,7%
<i>Dont salaire moyen</i>	1,6%	1,6%	1,6%	1,7%	3,0%	3,3%	3,4%
ONDAM	2,4%	2,0%	1,8%	2,1%	2,0%	2,0%	2,0%
Prix hors tabac	0,4 %	0,0 %	0,2 %	0,8 %	1,4 %	1,8 %	1,8 %
Revalorisation des prestations octobre (moyenne annuelle)	0,3 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,7 %	1,2 %	1,6 %
Revalorisation des prestations avril (moyenne annuelle)	0,7%	0,1%	0,1%	0,2%	0,7%	1,3%	1,7%

⑩ Le tableau ci-dessus détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe.

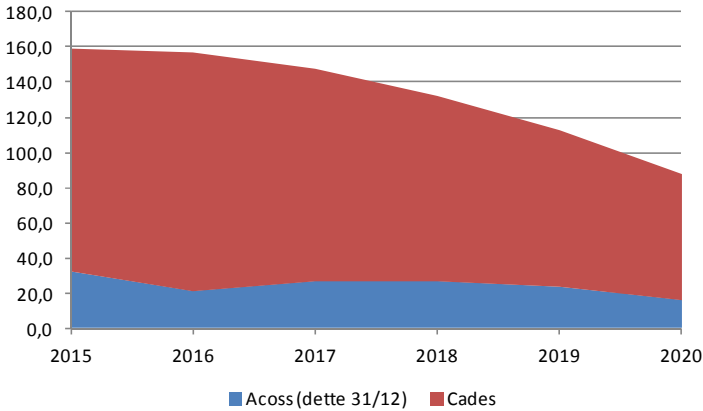
⑪ 2. Cette reprise favorise une amélioration significative du solde des comptes sociaux et un reflux de la dette sociale globale

⑫ Cette reprise économique, permise par les réformes menées par le Gouvernement en matière de compétitivité des entreprises, avec par exemple le pacte de responsabilité et de solidarité et la baisse de cotisations pour les exploitants agricoles, et conjuguée depuis 2012 à d'importants efforts d'économies conduits sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale, permettra d'atteindre en 2017 un solde du régime général proche de l'équilibre, à seulement 400 millions d'euros de déficit, pour une dépense totale de 379,9 milliards d'euros, alors que le déficit était de 13,3 milliards en 2012.

- ⑬ Ainsi, en 2017, et en tenant compte des mesures prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, les branches Famille, Vieillesse et Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général se trouvent en excédent de, respectivement, 0,03, 1,6 et 0,7 milliard d'euros. La branche Maladie se redresse également avec un déficit limité à 2,6 milliards d'euros. Le solde cumulé du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse est quant à lui limité à -4,2 milliards d'euros, contre -17,5 milliards d'euros en 2012.
- ⑭ Ce redressement devrait se poursuivre pendant les années à venir, avec une situation agrégée du régime général en excédent à hauteur de 2 milliards d'euros dès 2018, puis de 4,6 milliards d'euros en 2019 et de 7,4 milliards d'euros en 2020, la branche Maladie étant elle-même équilibrée à partir de 2019.
- ⑮ Ce retour à l'équilibre permet de maintenir les plafonds d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à 33 milliards d'euros pour l'exercice 2017, soit un niveau inférieur à celui de 2015.
- ⑯ Le rééquilibrage du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est également prévu, avec le début de la réduction de ses dépenses opéré dès 2017 en projet de loi de financement de la sécurité sociale, par un transfert vers les régimes d'assurance vieillesse, à hauteur de 1 milliard d'euros. Cela correspond à un recentrage du fonds sur ses missions de financement des dispositifs de solidarité. Le projet prévoit en effet la fin de la prise en charge du minimum contributif par le fonds d'ici 2020, permettant d'assurer l'équilibre de ses comptes à cette date. Ce transfert de dépense vers le régime Vieillesse est prévu de manière progressive entre 2017 et 2020.
- ⑰ Le retour à l'équilibre des comptes sociaux doit s'accompagner par ailleurs d'une poursuite du désendettement des organismes de sécurité sociale. À la fin 2016, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) aura amorti 124,7 milliards d'euros. Le résultat annuel de la CADES en 2016, qui traduit sa capacité annuelle d'amortissement des déficits passés, couplé aux bons résultats financiers du portefeuille d'actifs du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), ont fait plus que couvrir les déficits des régimes nés sur le même exercice, ce qui signifie que la dette sociale a commencé son reflux. Le retour à l'équilibre du régime général puis celui du FSV permettront d'accélérer ce désendettement.
- ⑱ Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la dette portée par l'ACOSS, qui se réduit sous l'effet des excédents futurs du régime général, et celle portée par la CADES, amortie progressivement par cette dernière,

grâce aux ressources qui lui sont affectées, dans le respect des dispositions organiques qui interdisent le report de son horizon d'extinction, et oblige donc à affecter de nouvelles ressources, en cas de nouvelle reprise de dette. La date actuelle estimée d'amortissement complet de la dette portée par cette caisse a été révisée, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, à 2024 au lieu de 2025.

⑲



⑳

II. – L'ensemble des branches du régime général affiche dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale un solde équilibré ou excédentaire, à l'exception de la branche maladie dont le déficit se réduit néanmoins

㉑

1. Les branches Vieillesse et Famille connaissent des excédents, grâce aux réformes engagées les années précédentes

㉒

Les branches Famille et Vieillesse sont également à l'équilibre, avec un solde prévu en 2017 à 0,03 milliard d'euros pour la branche Famille et à 1,6 milliard d'euros pour la branche Vieillesse. La modulation des allocations familiales prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, jouant à plein sur les années 2016 et 2017, contribue en grande partie à ce retour à l'équilibre. Pour les années suivantes, le solde de la branche Famille poursuit son amélioration, à 0,7 milliard d'euros en 2018, puis à 0,8 milliard d'euros en 2019 et à 1 milliard d'euros en 2020. Ces excédents permettront de contribuer davantage à la réduction des dettes accumulées.

㉓

Par ailleurs, pour la première fois depuis 2004, la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés connaît en 2016 un excédent,

qui augmente encore en 2017 pour atteindre 1,6 milliard d'euros. Ce redressement trouve son origine à la fois dans les réformes structurelles successives qui ont permis de maîtriser l'évolution des dépenses (loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, modification des conditions de revalorisation des pensions), mais aussi dans les mesures de hausse modérée de cotisations, qui ont garanti la pérennité des régimes de retraites, dans un esprit de responsabilité.

- ②4 Les excédents de la branche Vieillesse permettront notamment de rééquilibrer le Fonds de solidarité vieillesse, en absorbant progressivement le financement du minimum contributif d'ici 2020.
- ②5 Enfin, les montants mis en réserve sur la section 3 du Fonds de solidarité vieillesse au titre du maintien à 65 ans de l'âge de départ à la retraite au taux plein pour les parents de trois enfants ou parents d'enfant handicapé prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 s'avèrent supérieurs aux besoins de financement de ce dispositif.
- ②6 Cette section devrait disposer d'une réserve de 0,8 milliard d'euros au 31 décembre 2016, alors que le montant cumulé des dépenses qui seront supportées par les régimes n'excède pas 0,2 milliard d'euros. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit donc de supprimer cette section en transférant la charge des prestations aux régimes de base et en réalisant un prélèvement sur l'ensemble des réserves de cette section au profit du régime général
- ②7 2. La branche Maladie du régime général voit son déficit se résorber progressivement, tout en préservant l'accès aux soins
- ②8 La fixation d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en progression de 2,1 % par rapport à 2016 demeure un objectif ambitieux puisqu'il s'agit de réaliser 4,1 milliards d'euros d'économies, soit 0,7 milliard d'euros d'économies de plus qu'en 2016. La construction de l'objectif doit en effet faire face à trois chocs sur les dépenses tendanciennes l'année prochaine : l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale négociée au cours de l'été 2016, qui prévoit notamment dès l'année prochaine une importante revalorisation tarifaire, la hausse en deux temps de la valeur du point d'indice de la fonction publique ainsi que les mesures concernant la transposition de l'accord sur les parcours professionnels, carrières et rémunérations des fonctionnaires et, enfin, l'impact de l'arrivée sur le marché de médicaments anticancéreux de nouvelle génération.

- ②⑨ En réponse à l'accélération de ces dépenses, la construction de l'ONDAM pour 2017 s'appuie tout d'abord sur la continuité des actions lancées dans le cadre du plan triennal 2015-2017 déclinant la stratégie nationale de santé, avec une intensification du virage ambulatoire et des actions renforcées de maîtrise des dépenses des établissements de santé, notamment via la poursuite de l'optimisation des achats. Il s'agit également de poursuivre les actions de maîtrise médicalisée et d'une manière générale d'un renforcement de la pertinence du recours au système de soins. Enfin, face au défi de coût de l'innovation pharmaceutique pour la sécurité sociale et à la volonté réaffirmée du Gouvernement de garantir l'accès de tous aux thérapies les plus efficaces, le présent projet de loi met en place un Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique. En lissant dans le temps l'impact sur l'ONDAM du coût de ces nouveaux traitements, ce fonds va permettre à l'assurance maladie de continuer à assurer pleinement ses missions dans le respect d'un ONDAM pour 2017 qui demeure très maîtrisé.
- ③⑩ Au delà du respect de la trajectoire financière de l'ONDAM, la modernisation de notre système de santé se poursuit.
- ③⑪ Le présent projet de loi procède ainsi à une rénovation du modèle de financement des établissements de santé pour l'adapter aux enjeux actuels de l'offre de soins, en s'appuyant sur les recommandations formulées par M. Olivier Véran. Il s'agit notamment de faire évoluer les règles de tarification des activités à la frontière de l'hospitalisation de jour et l'activité externe des établissements sanitaires, des activités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) ou des activités hospitalières « isolées » (pour mieux tenir compte de certaines spécificités géographiques) ainsi que de procéder à quelques ajustements sur la montée en charge de la réforme de la tarification des soins de suite et réadaptation adoptée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.
- ③⑫ L'accent est également placé sur le développement de nouvelles actions de prévention (concernant la prise en charge des jeunes en souffrance psychique). Enfin le présent projet de loi donne toute leur place aux assurés et à leurs représentants via une profonde réforme du financement des associations d'usagers consacrée par la création du Fonds national de la démocratie sanitaire.
- ③⑬ III. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 porte également des réformes des prélèvements et des prestations visant à les moderniser et à simplifier leur mise en œuvre

- 34 1. La modernisation des prélèvements mise en œuvre dans ce projet de loi vise à les adapter aux nouveaux enjeux économiques, sanitaires et sociaux
- 35 La mise en œuvre du pacte de responsabilité et de solidarité se poursuit en 2017 en faveur de la compétitivité et de l'emploi par un relèvement du taux du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) de 6 à 7 %, ce qui représente un effort supplémentaire de 4 milliards d'euros.
- 36 Pour les travailleurs indépendants qui ne sont pas éligibles au CICE au titre de leur propre rémunération, elle se traduit par une réduction dégressive du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité, actuellement fixé à 6,5 %, pour les travailleurs indépendants dont les revenus annuels sont inférieurs à 70 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour un coût de 150 millions d'euros, qui s'ajoute à l'exonération de 1 milliard d'euros déjà mise en place en 2015.
- 37 Par ailleurs, le développement de l'économie numérique a permis l'émergence de nombreuses plateformes collaboratives dont la caractéristique commune est de proposer la mise à disposition ou l'échange de biens ou de services de pair à pair. Si le seul fait de réaliser des activités par le biais d'une plateforme numérique ne modifie pas la nature même de l'activité et ne doit donc pas impliquer un environnement juridique différent, dans un souci d'équité avec les activités comparables au sein de l'économie traditionnelle, il apparaît toutefois nécessaire de définir une frontière claire entre les revenus du patrimoine et les revenus d'activité, ce qui est opéré dans le projet de loi.
- 38 Afin d'accompagner les travailleurs indépendants dans l'application du droit social, les démarches administratives et sociales permettant l'affiliation, l'assujettissement et le recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants ayant recours à ces plateformes d'intermédiation pour des activités de faible volume seront facilitées.
- 39 Enfin, la lutte contre le tabagisme est un axe marquant du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Le tabac est l'une des premières causes de mortalité évitable en France. Le Gouvernement institue donc une contribution sociale permettant de faire contribuer l'industrie du tabac aux externalités négatives qu'elle engendre et, en complément de sa politique de santé publique, augmente significativement les droits perçus sur le tabac à rouler afin d'éloigner les jeunes du tabac.

- ④① La création d'une taxe assise sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de produits du tabac apportera ainsi 130 millions d'euros au fonds de lutte contre le tabagisme. En s'attachant à révéler les capacités contributives des industriels du secteur, cette taxe limitera les possibilités d'optimisation fiscale au sein de ce marché oligopolistique.
- ④② La seconde mesure cible le tabac à rouler, produit qui tend à se substituer à la cigarette et dont la fiscalité est pourtant moindre. Cet écart de fiscalité se traduit dans les prix du tabac à rouler, de 26 % inférieurs en moyenne à ceux des cigarettes. Il s'agit d'aligner le poids de la fiscalité sur les produits du tabac à rouler sur celui constaté sur les cigarettes.
- ④③ 2. Différentes réformes visent à simplifier les démarches des assurés et des cotisants
- ④④ Le Gouvernement porte une attention constante depuis 2012 à l'amélioration des conditions de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants affiliés au régime social des indépendants (RSI). Très récemment, il a lancé un plan de vingt actions concrètes visant à améliorer durablement les relations entre le RSI et ses plus de six millions d'assurés.
- ④⑤ Un comité de suivi de ces vingt mesures a été institué, présidé par le député Fabrice Verdier et composé de personnes indépendantes, notamment des assurés eux-mêmes.
- ④⑥ Ces actions ont permis de rétablir dans la durée un fonctionnement sécurisé du recouvrement des cotisations sociales, après plusieurs années de dysfonctionnements liés à la mise en place en 2008 de la répartition des compétences entre les réseaux du RSI et des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (URSSAF) dénommée « interlocuteur social unique » (ISU). Cette réforme avait créé une organisation complexe, fondée sur un fractionnement des tâches impraticable entre caisses de base du RSI et URSSAF. Le cadre d'intervention des deux réseaux tel qu'issu de l'ordonnance portant création de l'« interlocuteur social unique » ne correspond plus ni aux besoins des travailleurs indépendants ni aux pratiques de travail des deux réseaux. Afin de garantir une organisation simple et un pilotage unifié, autour d'une structure unique et dédiée, du recouvrement des cotisations dues par les travailleurs indépendants ainsi qu'une qualité de services suffisante aux assurés, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 instaure une organisation nouvelle de ce dispositif de recouvrement :



- ④⑥ 1° En supprimant les mécanismes complexes de fractionnement de compétences entre les deux réseaux, pour établir leur coresponsabilité entière sur la totalité des missions de recouvrement des cotisations et contributions des artisans et commerçants ;
- ④⑦ 2° En créant une structure de pilotage national dédiée, conduite par un directeur national, responsable de la performance du recouvrement et de la qualité du service rendu aux cotisants, et placée sous l'autorité du directeur général du RSI et du directeur de l'ACOSS et s'appuyant sur des responsables locaux.
- ④⑧ Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 vise également à simplifier l'organisation de la protection sociale pour les professions libérales en faisant progressivement bénéficier les futurs créateurs d'entreprises de la même couverture sociale que les artisans et commerçants, caractérisée par le bénéfice d'indemnités journalières et de droits à retraite plus élevés. Les entrepreneurs actuels relevant des mêmes professions pourront exercer un droit d'option afin de rejoindre cette nouvelle organisation.
- ④⑨ 3. La lutte contre la fraude et contre le travail dissimulé est renforcée
- ⑤⑩ La lutte contre la fraude constitue une priorité du Gouvernement en raison de son coût, mais également parce que la fraude prive de droit les personnes qui en sont victimes. À cet égard, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 propose différentes évolutions.
- ⑤⑪ Face à l'intervention d'un nombre croissant de travailleurs détachés en France, le Gouvernement a souhaité prendre des mesures pour faciliter la vérification de la situation de ces travailleurs au regard de la sécurité sociale. Lorsque les travailleurs relèvent de la législation de sécurité sociale d'un autre État, ces derniers et leur employeur, ainsi que l'éventuel donneur d'ordres doivent être en mesure de produire les formulaires en attestant.
- ⑤⑫ Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit donc que ces formulaires devront être tenus à disposition des agents en charge de lutte contre le travail dissimulé, sous peine d'une pénalité. Cela permettra d'éviter des procédures longues et inutiles contre des entreprises qui respectent les règles, en poursuivant plus rapidement et efficacement celles qui les méconnaissent.
- ⑤⑬ Le texte vise également à intégrer de nouveaux partenaires pour l'alimentation et la consultation du répertoire national commun de la

protection sociale, notamment la Caisse des Français de l'étranger (CFE). L'intégration des données détenues par la CFE dans cette base de données permettra d'éviter les doubles rattachements et de garantir la continuité des droits en cas de changement de situation.

- 54 Enfin, l'opposition à tiers détenteur initialement créée au bénéfice des organismes de recouvrement est étendue aux branches prestataires du régime général ainsi qu'aux régimes spéciaux. Ces organismes pourront ainsi bénéficier d'une modalité de recouvrement forcé, ce qui permettra de sauvegarder certaines créances frauduleuses pour lesquelles, actuellement, les délais de procédure laissent le temps au débiteur d'organiser son insolvabilité.
- 55 Prévisions de recettes et objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et des organismes concourant au financement de ces régimes

56 Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Maladie</b>					
Recettes	195,8	203,2	209,1	215,4	221,9
Dépenses	199,8	205,9	209,9	214,1	218,2
<b>Solde</b>	<b>-4,1</b>	<b>-2,6</b>	<b>-0,9</b>	<b>1,3</b>	<b>3,7</b>
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>					
Recettes	12,7	12,8	13,8	14,1	14,0
Dépenses	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5
<b>Solde</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>1,6</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>
<b>Famille</b>					
Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53,0
<b>Solde</b>	<b>-1,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,7</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>
<b>Vieillesse</b>					
Recettes	124,0	126,5	129,1	133,4	138,7
Dépenses	122,9	125,0	128,5	132,7	137,6
<b>Solde</b>	<b>1,1</b>	<b>1,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>1,1</b>
<b>Toutes branches consolidées</b>					
Recettes	368,2	379,5	390,3	402,1	415,0
Dépenses	371,6	379,9	388,2	397,5	407,6
<b>Solde</b>	<b>-3,4</b>	<b>-0,4</b>	<b>2,1</b>	<b>4,6</b>	<b>7,4</b>

57 Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Maladie</b>					
Recettes	197,0	204,5	210,3	216,6	223,2
Dépenses	201,1	207,1	211,2	215,3	219,5
<b>Solde</b>	<b>-4,0</b>	<b>-2,6</b>	<b>-0,9</b>	<b>1,3</b>	<b>3,7</b>
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>					
Recettes	14,1	14,2	15,3	15,5	15,5
Dépenses	13,4	13,5	13,6	13,7	13,9
<b>Solde</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>
<b>Famille</b>					
Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53,0
<b>Solde</b>	<b>-1,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,7</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>
<b>Vieillesse</b>					
Recettes	228,3	232,2	236,8	243,5	251,4
Dépenses	227,1	230,6	236,4	243,3	251,3
<b>Solde</b>	<b>1,2</b>	<b>1,6</b>	<b>0,4</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>
<b>Toutes branches consolidées</b>					
Recettes	474,4	487,1	499,9	514,1	529,7
Dépenses	477,6	487,4	498,0	510,1	523,3
<b>Solde</b>	<b>-3,1</b>	<b>-0,3</b>	<b>1,9</b>	<b>4,0</b>	<b>6,4</b>

58 Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2016	2017	2018	2019	2020
Recettes	16,5	15,7	16,2	16,7	17,3
Dépenses	20,3	19,6	18,8	18,0	17,0
<b>Solde</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,8</b>	<b>-2,6</b>	<b>-1,3</b>	<b>0,3</b>



## 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

① I. – Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

② Exercice 2017

③

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies profession -nelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives .....	91,7	134,1	30,5	13,3	267,8	0,0	267,8
Cotisations prises en charge par l'État ..	3,3	2,7	1,0	0,1	7,1	0,0	7,1
Cotisations fictives d'employeur .....	0,4	39,1	0,0	0,3	39,8	0,0	39,8
Contribution sociale généralisée .....	70,9	0,0	10,2	0,0	80,8	9,6	90,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales .....	32,5	19,3	7,5	0,0	59,3	6,5	65,8
Charges liées au non-recouvrement .....	-1,1	-0,6	-0,3	-0,2	-2,3	0,0	-2,3
Transferts .....	3,0	37,4	0,4	0,1	29,1	0,0	10,0
Produits financiers .....	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits .....	3,9	0,3	0,7	0,5	5,4	-0,3	5,2
<b>Recettes .....</b>	<b>204,5</b>	<b>232,2</b>	<b>49,9</b>	<b>14,2</b>	<b>487,1</b>	<b>15,7</b>	<b>483,7</b>

④ II. – Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

⑤ Exercice 2017

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives .....	90,9	80,7	30,5	12,4	212,8	0,0	212,8
Cotisations prises en charge par l'État ..	3,3	2,4	1,0	0,1	6,7	0,0	6,7
Cotisations fictives d'employeur.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée .....	70,9	0,0	10,2	0,0	80,8	9,6	90,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales.....	32,5	14,6	7,5	0,0	54,6	6,5	61,0
Charges liées au non-recouvrement .....	-1,1	-0,5	-0,3	-0,2	-2,1	-0,3	-2,4
Transferts .....	3,0	29,1	0,4	0,0	21,4	0,0	3,9
Produits financiers.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits.....	3,9	0,3	0,7	0,5	5,3	0,0	5,3
<b>Recettes .....</b>	<b>203,2</b>	<b>126,5</b>	<b>49,9</b>	<b>12,8</b>	<b>379,5</b>	<b>15,7</b>	<b>377,6</b>

⑥ III. – Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

⑦ Exercice 2017

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives .....	0,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	0,0
Cotisations fictives d'employeur.....	0,0
Contribution sociale généralisée .....	9,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales.....	6,5
Charges liées au non-recouvrement .....	-0,3
Transferts.....	0,0
Produits financiers.....	0,0
Autres produits .....	0,0
<b>Total .....</b>	<b>15,7</b>

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté  
par l'Assemblée nationale dans sa séance du 28 novembre 2016.*

*Le Président,*  
*Signé : CLAUDE BARTOLONE*