

N° 163 (version provisoire)

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 28 novembre 2018

## PROJET DE LOI

ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE  
EN NOUVELLE LECTURE,

*de financement de la sécurité sociale pour 2019,*

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

À

M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT

## VERSION PROVISOIRE

*(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 (15<sup>ème</sup> législ.) :** Première lecture : **1297, 1309, 1336** et T.A. **187**  
Commission mixte paritaire : **1411**  
Nouvelle lecture : **1408, 1440** et T.A. **196**

**Sénat :** Première lecture : **106, 108, 111** et T.A. **25** (2018-2019)  
Commission mixte paritaire : **143** et **144** (2018-2019)



PREMIÈRE PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017**

---

DEUXIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018**

---

TROISIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE  
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019**

TITRE I<sup>ER</sup>

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

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs**

---

**Article 7 bis A**

*(Supprimé)*

**Article 7 bis B**

*(Supprimé)*

## **Article 7 bis**

*(Suppression conforme)*

## **Article 8**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° A Au dernier alinéa de l'article L. 131-7, la référence : « L. 241-6-4, » est supprimée ;
- ③ 1° Le second alinéa du I de l'article L. 133-1 est ainsi modifié :
- ④ a) À la fin de la deuxième phrase, les mots : « ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;
- ⑤ b) La dernière phrase est complétée par les mots : « ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » ;
- ⑥ 2° L'article L. 241-2-1 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Les mots : « mentionnées au 1° du II de l'article L. 241-2 » sont remplacés par les mots : « d'assurance maladie » ;
- ⑧ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés aux 3°, 4° ou 6° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre VII du présent code. » ;
- ⑩ 3° À la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, après le mot : « mentionnée », sont insérés les mots : « au III de l'article L. 241-10 et » ;
- ⑪ 4° L'article L. 241-6-1 est ainsi modifié :

- ⑫ a) Les mots : « mentionnées au 1° de l'article L. 241-6 » sont remplacés par les mots : « d'allocations familiales » ;
- ⑬ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑭ « La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre VII du présent code. » ;
- ⑮ 5° L'article L. 241-6-4 est abrogé ;
- ⑯ 6° Le III de l'article L. 241-10 est ainsi modifié :
- ⑰ a) Après le 3°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑱ « Les structures mentionnées aux 1° et 3° du présent III, lorsqu'elles constituent des employeurs de droit privé, sont en outre exonérées, pour les rémunérations versées aux aides à domicile employées dans les conditions définies au premier alinéa du présent III, de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, des contributions mentionnées à l'article L. 834-1 du présent code, des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire et des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail.
- ⑲ « Pour les structures mentionnées au cinquième alinéa du présent III, lorsque la rémunération est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 20 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur. À partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération est égale au salaire minimum de croissance annuel majoré de 60 % ;

- ⑳ [ ]
- ㉑ *b)* Au début du cinquième alinéa, les mots : « Cette exonération s'applique » sont remplacés par les mots : « Ces exonérations s'appliquent » ;
- ㉒ 7° L'article L. 241-11 est abrogé ;
- ㉓ 8° L'article L. 241-13 est ainsi modifié :
- aa) (nouveau)* Le premier alinéa du II est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle s'applique également aux gains et rémunérations des apprentis pour lesquels l'employeur n'est pas éligible à l'exonération prévue à l'article L. 6227-8-1 dudit code. » ;
- ㉔ *a) (Supprimé)*
- ㉕ *b)* Le VII est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ㉖ « Pour les salariés expatriés mentionnés au *a* de l'article L. 5427-1 du code du travail et les salariés mentionnés au *e* du même article L. 5427-1, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du même code.
- ㉗ « Pour les salariés mentionnés à l'article L. 133-9 du présent code, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'organisme de recouvrement habilité par l'État en application du même article L. 133-9. » ;
- ㉘ 9° Au début du II de l'article L. 243-6-1, les mots : « Le I est également applicable lorsque le cotisant » sont remplacés par les mots : « La procédure d'arbitrage prévue au I est également applicable lorsque le cotisant, qu'il possède un ou plusieurs établissements, » ;
- ㉙ 9° *bis* Au II de l'article L. 243-6-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 243-6-7, après la référence : « L. 241-13 », sont insérés les mots : « , des dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2, » ;

③② 9° *ter* Au II de l'article L. 243-6-2, à la seconde phrase du premier alinéa du III de l'article L. 243-6-3 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 243-6-7, après la référence : « L. 241-13 », sont insérés les mots : « , sur les dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2 » ;

③③ 10° L'article L. 752-3-2 est ainsi modifié :

③④ a) Les I à IV sont ainsi rédigés :

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

« II. – L'exonération s'applique :

« 1° Aux employeurs occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de onze salariés ;

« 2° Quel que soit leur effectif, aux employeurs des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, de l'environnement, de l'agronutrition, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, du nautisme, de l'hôtellerie, de la recherche et du développement, ainsi qu'aux entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code des douanes de l'Union ;

« 3° Aux employeurs de transport aérien assurant :

« a) La liaison entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion ;

« b) La liaison entre ces départements ou collectivités ou celle de ces départements ou collectivités avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy, ainsi qu'entre La Réunion et Mayotte ;

« c) La desserte intérieure de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique ou de La Réunion.

« Seuls sont pris en compte les personnels des employeurs concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés dans l'un de ces départements ou collectivités ;

« 4° Aux employeurs assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ou avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy, ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte ;

« 5° (*nouveau*) En Guyane, aux employeurs ayant une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 *undecies* B du code général des impôts, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques.

« III. – A. – Pour les employeurs mentionnés aux 1°, 3° et 4° du II ainsi que ceux mentionnés au 2° du même II à l'exception de ceux mentionnés aux B et C du présent III, lorsque le revenu d'activité de l'année tel qu'il est pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du présent code est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 30 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13. À partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée

l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 120 %.

« B. – Le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues au dernier alinéa du présent B pour les employeurs occupant moins de deux cent cinquante salariés et ayant réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros qui :

« 1° Soit relèvent des secteurs mentionnés au 2° du II à l'exception des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de la presse et de la production audiovisuelle ;

« 2° Soit relèvent du 5° du même II ;

« 3° Soit bénéficient du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 précité.

« Pour ces employeurs, lorsque le revenu d'activité de l'année est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13 du présent code. À partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 170 %.

« C (nouveau). – Pour les employeurs occupant moins de deux cent cinquante salariés et ayant réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros, au titre de la rémunération des salariés concourant essentiellement à la réalisation de projets innovants dans le domaine des technologies de l'information et de la communication, lorsque le revenu d'activité de l'année est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13. Lorsque ce

revenu est égal ou supérieur à ce seuil et inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 150 %, la rémunération est exonérée de ces cotisations et contributions, dans la limite de la part correspondant à un revenu d'activité de l'année égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 70 %. Au delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 150 %, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 250 %. Un décret précise les modalités de l'éligibilité au dispositif défini au présent C.

- ④⑦ « IV. – Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, en fonction des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1.
- ④⑧ « Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, la valeur du salaire minimum de croissance prise en compte pour la détermination de l'exonération est celle qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont employés.
- ④⑨ « Lorsque les exonérations mentionnées au III du présent article sont décroissantes, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du taux de l'exonération est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. » ;
- ⑤⑩ [ ]
- ⑤⑪ b) Le VIII est abrogé ;
- ⑤⑫ 11° Après l'article L. 752-3-2, sont insérés des articles L. 752-3-3 et L. 752-3-4 ainsi rédigés :
- ⑤⑬ « Art. L. 752-3-3. – (Supprimé)

« Art. L. 752-3-4. – I. – À Saint-Barthélemy et Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail et des particuliers employeurs, sont exonérés du paiement des cotisations à leur charge au titre de la législation de sécurité sociale à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions définies au présent article.

« II. – L'exonération s'applique :

« 1° Aux employeurs occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de onze salariés ;

« 2° Aux employeurs, quel que soit leur effectif, des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, et de l'hôtellerie ;

« 3° Aux employeurs de transport aérien assurant :

« a) La liaison entre la métropole et Saint-Barthélemy ou Saint-Martin ;

« b) La liaison entre ces collectivités ou celle avec la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique ;

« Seuls sont pris en compte les personnels de ces employeurs concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin ;

« 4° Aux employeurs assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, ou la liaison entre ces collectivités, ou celle avec la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique.

« III. – Le montant de l'exonération est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié, en fonction de ses revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. À partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %.

« Pour les employeurs occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %.

« IV (*nouveau*). – Par dérogation au III, le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues aux deux derniers alinéas du présent IV pour les employeurs situés à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin respectant les conditions suivantes :

« 1° Employer moins de deux cent cinquante salariés et avoir réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros ;

« 2° Avoir une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 *undecies* B du code général des impôts, ou de même nature dans le cas des employeurs établis à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques à destination des entreprises, recherche et développement ou technologies de l'information et de la communication ;

« 3° Être soumis de plein droit ou sur option à un régime réel d'imposition ;

« 4° Soit exercer leur activité principale dans l'un des secteurs suivants : recherche et développement, technologies de l'information et de la communication, tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, environnement, agronutrition ou énergies renouvelables ; soit avoir réalisé des opérations sous le bénéfice du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code des douanes de l'Union ;

« La condition prévue au 3° du présent IV n'est pas applicable à Saint-Barthélemy.

« Les conditions prévues aux 1° et 2° s'apprécient à la clôture de chaque exercice.

« Pour les employeurs mentionnés au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire

minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %. À partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 350 %.

« V. – Pour l'application du présent article, l'effectif pris en compte est celui qui est employé dans chacune des collectivités mentionnées au I, tous établissements confondus dans le cas où l'employeur compte plusieurs établissements dans la même collectivité. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par le présent code.

« Lorsque chez un même employeur ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre de l'activité exercée par chacun des salariés employés.

« VI. – Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur, d'une part, a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité.

« Les exonérations prévues par le présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.

« VII. – Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allègements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'employeur ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale

passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail.

« Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, de la commission d'une des infractions mentionnées au premier alinéa du présent VII, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.

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

- ⑩1 I *bis*. – Les exonérations prévues aux 6° et 10° du I donnent lieu à compensation par le budget général de l'État.
- ⑩2 II. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre IV du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑩3 1° A Au premier alinéa du I de l'article L. 712-1, la référence : « L. 741-5 » est remplacée par la référence : « L. 741-7 » ;
- ⑩4 1° L'article L. 741-5 est abrogé ;
- ⑩5 2° L'article L. 741-16 est ainsi modifié :
- a) Le I est ainsi modifié :
- le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- « I. – Les employeurs relevant du régime de protection sociale des professions agricoles sont exonérés des cotisations mentionnées au I de

l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale pour les travailleurs occasionnels qu'ils emploient.

« Pour l'application du premier alinéa du présent I, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale figurant à l'article L. 241-13 du même code sont remplacées par les cotisations de la retraite complémentaire obligatoire des salariés versées aux institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 727-2 du présent code. » ;

– après le deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Cette exonération est déterminée conformément à un barème dégressif linéaire fixé par décret.

« Pour les cotisations dues au titre des rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, l'exonération est totale pour une rémunération mensuelle inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 20 % et devient nulle pour une rémunération mensuelle égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 60 %. » ;

– la première phrase du troisième alinéa est supprimée ;

b) Le VII est ainsi modifié :

– au début, est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « L'exonération prévue au I du présent article donne lieu à compensation intégrale par l'État. » ;

– les mots : « l'exonération prévue à l'article L. 741-5 du présent code et de » sont supprimés ;

3° Le même article L. 741-16 est abrogé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 ;

**(111)** 4° L'article L. 741-16-1 est abrogé ;

- ⑪② 5° Les articles L. 741-17 et L. 751-20 sont abrogés.
- ⑪③ III et III bis. – *(Non modifiés)*
- ⑥⑥ IV. – Le code du travail est ainsi modifié :
- ⑥⑦ 1° Au début du 1° de l'article L. 5134-31, les mots : « Des cotisations » sont remplacés par les mots : « Pour les personnes morales mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 5134-21, des cotisations » ;
- ⑥⑧ 2° Après le mot : « prévus », la fin du premier alinéa de l'article L. 5134-59 est ainsi rédigée : « à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑥⑨ 3° À la fin de la seconde phrase de l'article L. 6227-8, la référence : « au second alinéa du II de l'article L. 6243-2 » est remplacée par la référence : « au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 » ;
- ⑦⑩ 4° Après le même article L. 6227-8, il est inséré un article L. 6227-8-1 ainsi rédigé :
- ⑦⑪ « Art. L. 6227-8-1. – L'employeur de l'apprenti est exonéré de la totalité des cotisations sociales d'origine légale et conventionnelle qui sont à sa charge, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. » ;
- ⑦⑫ 5° L'article L. 6243-2 est ainsi rédigé :
- ⑦⑬ « Art. L. 6243-2. – L'apprenti est exonéré de la totalité des cotisations salariales d'origine légale et conventionnelle pour la part de sa rémunération inférieure ou égale à un plafond fixé par décret. » ;
- 6° Les quatre premiers alinéas de l'article L. 6243-3 sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- « L'État prend en charge les cotisations et contributions sociales des apprentis qui font l'objet des exonérations prévues aux articles L. 6227-8-1 et L. 6243-2. » ;

- ⑦⑤ 7° L'article L. 6261-1 est abrogé ;
- ⑦⑥ 8° La section 5 du chapitre V du titre II du livre III de la sixième partie est abrogée ;
- ⑦⑦ 9° L'article L. 6523-5-2 est abrogé.

IV *bis* et V à VII. – (*Non modifiés*)

VII *bis* (*nouveau*). – Avant le 1<sup>er</sup> juin 2019, le Gouvernement procède à l'évaluation de l'impact financier, pour les structures visées à l'article L. 5132-7 du code du travail, de la suppression de l'exonération dont les modalités sont mentionnées à l'article D. 241-6 du code de la sécurité sociale.

VII *ter* (*nouveau*) – Avant le 30 juin 2019, le Gouvernement remet au Parlement un rapport indiquant les conséquences de la modification du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi pour les entreprises individuelles imposées sur le revenu.

①①⑥ VIII. – (*Supprimé*)

①①⑦ IX à XIII. – (*Supprimés*)

①②② XIV. – (*Supprimé*)

①②③ XV. – (*Supprimé*)

XVI (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant de l'extension aux travailleurs rémunérés jusqu'à 1,20 fois le SMIC du dispositif « TO-DE » est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

## **Article 8 *bis* A**

(*Supprimé*)

**Article 8 bis**

*(Suppression conforme)*

---

**Article 9 bis**

*(Conforme)*

**Article 9 ter**

*(Supprimé)*

**Article 9 quater**

*(Supprimé)*

CHAPITRE II

**Des règles de cotisations plus claires et plus justes**

---

**Article 10 bis A**

*(Supprimé)*

---

**Article 11**

I A. – *(Non modifié)*

- ② I. – Le III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

2° Au 1°, après les mots : « D'une part, », sont insérés les mots : « dont les revenus définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts perçus l'avant-dernière année » ;

3° Au 2°, après les mots : « D'autre part, », sont insérés les mots : « dont les revenus définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts perçus l'avant-dernière ou l'antépénultième année ».

II. – *(Non modifié)*

④ III. – *(Supprimé)*

#### **Article 11 bis A**

*(Supprimé)*

.....

#### **Article 11 ter**

① I. – La section 9 du chapitre VII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

② 1° L'article L. 137-15 est ainsi modifié :

③ a) Au 3°, après le mot : « emploi », sont insérés les mots : « et des indemnités mentionnées au 7° de l'article L. 1237-18-2 du code du travail et aux 5° et 7° de l'article L. 1237-19-1 du même code, » ;

④ b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

⑤ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, ne sont pas assujetties à cette contribution les sommes versées au titre de la

participation aux résultats de l'entreprise mentionnée au titre II du livre III de la troisième partie du code du travail et au titre de l'intéressement mentionné au titre I<sup>er</sup> du même livre III ainsi que les versements des entreprises mentionnés au titre III dudit livre III quel que soit le support sur lequel ces sommes sont investies, dans les entreprises qui ne sont pas soumises à l'obligation de mettre en place un dispositif de participation des salariés aux résultats de l'entreprise prévue à l'article L. 3322-2 du même code.

- ⑥ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, ne sont pas assujetties les entreprises qui emploient au moins cinquante salariés et moins de deux cent cinquante salariés pour les sommes versées au titre de l'intéressement mentionné au titre I<sup>er</sup> du livre III de la troisième partie du code du travail. » ;
- ⑦ 2° L'article L. 137-16 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Le deuxième alinéa est complété par les mots : « sans préjudice de l'application des quatrième à dernier alinéas du présent article » ;
- ⑨ b) Les troisième et quatrième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « Ce taux est fixé à 10 % pour les versements des entreprises prévus à l'article L. 3332-11 du code du travail lorsque l'entreprise abonde la contribution versée par le salarié ou la personne mentionnée à l'article L. 3332-2 du même code pour l'acquisition d'actions ou de certificats d'investissement émis par l'entreprise ou par une entreprise incluse dans le même périmètre de consolidation ou de combinaison des comptes au sens de l'article L. 3344-1 dudit code. »
- ⑪ II. – *(Non modifié)*
- ⑫ III. – *(Supprimé)*

**Article 12**

*(Conforme)*

**Article 12 bis**

*(Supprimé)*

**Article 12 ter**

*(Supprimé)*

**Article 13**

① I et IV. – *(Non modifiés)*

⑧ V. – *(Supprimé)*

**Article 13 bis**

*(Supprimé)*

**Article 13 ter**

*(Conforme)*

---

**Article 15 bis**

*(Supprimé)*

**Article 16**

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

1° Le I est ainsi rédigé :

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

2° Le II est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

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

b) Les *a*, *b*, *c*, *d* et *e* deviennent, respectivement, les 1°, 2°, 3°, 4° et 5° ;

c) Le *f* est remplacé par un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les cotisations versées à des régimes obligatoires, de base ou complémentaires, de sécurité sociale et les autres sommes mentionnées au I de l'article 154 *bis* du même code. » ;

3° Après le *f* du même II, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

4° Les 2°, 3° et 4° dudit II deviennent, respectivement, les 1°, 2° et 3° ;

5° Le III devient le IV ;

6° Au premier alinéa du III, les mots : « de l'assiette prévue » sont remplacés par les mots : « des revenus mentionnés » ;

7° Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. – Le montant de cotisations mentionné au I est égal au produit du montant des revenus établi en application des II à IV et de la somme

des taux de cotisations en vigueur l'année au titre de laquelle les cotisations sont dues, applicables pour l'assiette nette mentionnée au I, rapporté à cette même somme de taux de cotisations augmentée de un.

« En vue de l'établissement des comptes des travailleurs indépendants dont le bénéfice est déterminé en application des articles 38 et 93 A du code général des impôts, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code communiquent à l'issue de la déclaration des revenus énumérés aux II et III du présent article le montant de cotisations calculé selon les modalités fixées au premier alinéa du présent V. Ces organismes mettent en place, avec le concours des organismes mentionnés aux articles L. 641-2, L. 641-5 et L. 651-1, un téléservice permettant de procéder à tout moment à ce calcul. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

III. – Au premier alinéa du XVII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, la date : « 30 juin 2019 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2019 »

IV (*nouveau*). – Les I et II entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

.....

**Article 17 bis**

(*Conforme*)

.....

TITRE II

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

**Article 19**

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 131-7 est complété par les mots :  
« , et à l'exonération prévue à l'article L. 241-17 » ;

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

a) Le 1° est ainsi modifié :

– à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 38,48 % » est remplacé par le  
taux : « 44,97 % » ;

– au troisième alinéa, le taux : « 48,87 % » est remplacé par le taux :  
« 35,24 % » ;

– à la fin du dernier alinéa, le taux : « 12,65 % » est remplacé par le  
taux : « 9,79 % » ;

– il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« – à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour une  
fraction correspondant à 10,01 % ; »

b) Le 3° est ainsi rétabli :

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

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

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

« - 5,95 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;

« - 7,35 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;

« - 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;

« - 5,03 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;

« - 2,25 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;

« c) À la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,30 % ;

« d) À l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;

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

« f) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 0,23 % ; »

c) Après le même 3°, sont insérés des 3° bis et 3° ter ainsi rédigés :

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

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

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

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

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

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

d) Au 5°, les références : « L. 137-18 et L. 137-19 » sont remplacées par la référence : « et L. 137-18 » ;

3° L'article L. 135-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 135-3. – Les recettes du fonds sont constituées par une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions prévues à l'article L. 131-8. » ;

4° Au deuxième alinéa du 2 de l'article L. 136-6-1, les mots : « , des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-14 du présent code et de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « et du prélèvement prévu au 1° du I de l'article 235 ter du code général des impôts » ;

4° bis Après le I bis de l'article L. 136-6, il est inséré un I ter ainsi rédigé :

« I ter. – Par dérogation aux I et I bis, ne sont pas redevables de la contribution les personnes qui, par application des dispositions du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, relèvent en matière d'assurance maladie d'une législation soumise à ces dispositions et qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire de sécurité sociale français.

« Pour l'application du premier alinéa du présent I ter aux gains mentionnés à l'article 150-0 B bis du code général des impôts et aux plus-values mentionnées au I de l'article 150-0 B ter du même code, la condition d'affiliation à un autre régime obligatoire de sécurité sociale s'apprécie à la date de réalisation de ces gains ou plus-values. » ;

4° ter Après le I bis de l'article L. 136-7, il est inséré un I ter ainsi rédigé :

« I ter. – Par dérogation aux I et I bis, ne sont pas redevables de la contribution les personnes qui, par application des dispositions du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, relèvent en matière d'assurance maladie d'une législation soumise à ces dispositions et qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire de sécurité sociale français.

« L'établissement payeur mentionné au 1 du IV ne prélève pas la contribution assise sur les revenus de placement dès lors que les personnes titulaires de ces revenus justifient, selon des modalités définies par décret, des conditions définies au premier alinéa du présent I ter.

« En cas de prélèvement indu par l'établissement payeur, ce dernier peut restituer le trop-perçu à la personne concernée et régulariser l'opération sur sa déclaration ou la personne concernée peut solliciter auprès de l'administration fiscale la restitution de la contribution prélevée par l'établissement payeur.

« La contribution assise sur les plus-values mentionnées au 2° du I n'est pas due dès lors que les personnes titulaires de ces plus-values

justifient, selon des modalités définies par décret, des conditions définies au premier alinéa du présent I ter. » ;

5° L'article L. 136-8 est ainsi modifié :

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

b) Les IV, IV bis et V sont abrogés ;

c) Le 1 du VI est complété par la référence : « et à l'article L. 131-8 » ;

6° Au début du premier alinéa de l'article L. 138-21, les mots : « Les contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L. 245-15 du présent code, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 du présent code, au 2° du I de l'article 1600-0 S » sont remplacés par les mots : « Les prélèvements définis à l'article L. 136-7 du présent code, à l'article 235 ter » ;

6° bis À la fin du 9° du IV de l'article L. 241-2, la référence : « 4° du IV de l'article L. 136-8 » est remplacée par la référence : « b du 3° de l'article L. 131-8 » ;

6° ter À la fin du 4° de l'article L. 241-6, les mots : « , L. 136-7-1, L. 245-14 et L. 245-15, dans les conditions fixées aux articles L. 136-8 et L. 245-16 » sont remplacés par les mots : « et L. 136-7-1, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 » ;

6° quater (Supprimé)

7° La section 5 du chapitre V du titre IV du livre II est abrogée.

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

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

a) Le 2° est abrogé ;

b) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, 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, de la sécurité sociale et du budget pris après avis du conseil mentionné à l'article L. 14-10-3 ; »

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

a) Le a du 1 du I est ainsi modifié :

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

– après la seconde occurrence de la référence : « L. 14-10-4 », sont insérés les mots : « , une fraction d'au moins 1,8 % du produit mentionné au 3° dudit article L. 14-10-4 » ;

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

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

– après la seconde occurrence de la référence : « L. 14-10-4 », sont insérés les mots : « , une fraction d'au moins 7,1 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 » ;

b bis) Au dernier alinéa du même I, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 3° » ;

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

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

– les mots : « comprise entre 74 % et 82 % » sont remplacés par les mots : « d'au moins 64,3 % » ;

d) Le a du III est ainsi modifié :

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

– sont ajoutés les mots : « et une fraction d’au moins 4,6 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4. » ;

*d bis) (Supprimé)*

e) Au a du 1° du IV, les mots : « comprise entre 4 % et 10 % » sont remplacés par les mots : « d’au moins 1,27 % » ;

f) Au b du même 1°, au début, les mots : « Une part de la fraction » sont remplacés par les mots : « Une part des fractions », la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 3° » et, à la fin, les mots : « de cette fraction » sont remplacés par les mots : « de ces fractions » ;

g) Il est ajouté un VIII ainsi rédigé :

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

3° Au deuxième alinéa du I de l’article L. 314-3, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 3° ».

III. – Le livre I<sup>er</sup> du code général des impôts est ainsi modifié :

1° A (*nouveau*) À la fin de la première phrase du 1° du IV de l’article 150-0 B *quinquies*, les mots : « et des prélèvements sociaux » sont remplacés par les mots : « , des prélèvements prévus au 1° du I de l’article 235 *ter*, à l’article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et à l’article 15 de l’ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement la dette sociale » ;

1° B (*nouveau*) Au a du 5 du VIII de l’article 167 *bis*, les mots : « prélèvements sociaux » sont remplacés par les mots : « les prélèvements

prévus à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et à l'article 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement la dette sociale puis sur le prélèvement prévu au 1° du I de l'article 235 *ter* » ;

1° La section VIII du chapitre III du titre I<sup>er</sup> de la première partie est ainsi rétablie :

« Section VIII

« Prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement

« Art. 235 *ter*. – I. – Il est institué :

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

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

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

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

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

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

IV, IV *bis*, V et VI. – (*Non modifiés*)

*VI bis (nouveau)*. – Le III de l'article 9 de la loi n° 2013-1279 du 29 décembre 2013 de finances rectificative pour 2013 est ainsi modifié :

1° La référence : « 1600-0 S » est remplacée par la référence : « 235 *ter* » ;

2° Les références : « , L. 136-7, L. 245-14 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale, » sont remplacées par la référence : « et L. 136-7 du code de la sécurité sociale et » ;

3° La référence : « et du 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles » est supprimée.

VII à XI. – *(Non modifiés)*

XII. – A. – Les dispositions des I à VI *bis*, VIII et IX du présent article s'appliquent :

1° Sous les réserves et dans les conditions définies aux 2° à 6°, aux faits générateurs d'imposition intervenant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 ;

2° À compter de l'imposition des revenus de l'année 2018 pour les prélèvements assis sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, sous réserve du II de l'article 34 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016 ;

3° À compter de l'imposition des revenus de l'année 2019 pour le prélèvement prévu à l'article L. 136-6-1 du code de la sécurité sociale ;

4° Sauf en ce qui concerne les 4° *bis* et 4° *ter* du I du présent article, aux produits mentionnés au D du V de l'article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 acquis ou constatés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 ;

5° *(nouveau)* En ce qui concerne les 1° et 2° du III du présent article, aux transferts de domicile fiscal hors de France intervenus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;

6° (*nouveau*) Pour l'application du 4° *bis* du I du présent article aux gains mentionnés à l'article 150-0 B *bis* du code général des impôts et aux plus-values mentionnées au I de l'article 150-0 B *ter* du même code, aux gains et plus-values placés en report d'imposition à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

B (*nouveau*). – Les dispositions des I à VI *bis*, VIII et IX du présent article, à l'exception des 4° *bis* et 4° *ter* du I, ne s'appliquent pas aux produits visés aux C et D du V de l'article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 précitée acquis ou constatés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

C (*nouveau*). – Nonobstant les A et B du présent XII, le produit des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts, aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, dans leurs rédactions antérieures à la présente loi, ainsi que des contributions additionnelles prévues au III de l'article L. 262-24 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction résultant de l'article 3 de la loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion est affecté dans les mêmes conditions que celles prévues pour les prélèvements mentionnés à l'article 235 *ter* du code général des impôts, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

XIII. – (*Non modifié*)

XIV. – À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, l'article L. 131-8 code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du deuxième alinéa, le taux : « 44,97 % » est remplacé par le taux : « 51,73 % » ;

b) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 35,24 % » est remplacé par le taux : « 19,28 % » ;

c) À la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 9,79 % » est remplacé par le taux : « 18,98 % » ;

d) (*nouveau*) À la fin du dernier alinéa, le taux : « 10,01 % » est remplacé par le taux : « 10,02 % » ;

2° Le 3° est ainsi modifié :

a) Le b est ainsi modifié :

– au deuxième alinéa, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 5,84 % » ;

– au quatrième alinéa, le taux : « 4,65 % » est remplacé par le taux : « 4,54 % » ;

– à l'avant dernier alinéa, le taux : « 5,03 % » est remplacé par le taux : « 4,87 % » ;

– au dernier alinéa, le taux : « 2,25 % » est remplacé par le taux : « 2,14 % » ;

b) Au c, le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,71 % » ;

c) Au e, le taux : « 1,72 % » est remplacé par le taux : « 1,77 % » ;

3° Le 3° bis est ainsi modifié :

a) À la fin du a, le taux : « 8,6 % » est remplacé par le taux : « 8,49 % » ;

b) À la fin du b, le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,71 % ».

XV. – À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, l'article L. 131-8 code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du deuxième alinéa, le taux : « 51,73 % » est remplacé par le taux : « 51,16 % » ;

b) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 19,28 % » est remplacé par le taux : « 12,13 % » ;

c) À la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 18,98 % » est remplacé par le taux : « 26,69 % » ;

2° Le 3° est ainsi modifié :

a) Le b est ainsi modifié :

– au deuxième alinéa, le taux : « 5,84 % » est remplacé par le taux : « 5,72 % » ;

– au quatrième alinéa, le taux : « 4,54 % » est remplacé par le taux : « 4,42 % » ;

– à l'avant-dernier alinéa, le taux : « 4,87 % » est remplacé par le taux : « 4,69 % » ;

– au dernier alinéa, le taux : « 2,14 % » est remplacé par le taux : « 2,02 % » ;

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

c) Au e, le taux : « 1,77 % » est remplacé par le taux : « 1,83 % » ;

3° Le 3° bis est ainsi modifié :

a) À la fin du a, le taux : « 8,49 % » est remplacé par le taux : « 8,37 % » ;

b) À la fin du b, le taux : « 0,71 % » est remplacé par le taux : « 0,83 % ».

XVI. – À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du deuxième alinéa, le taux : « 51,16 % » est remplacé par le taux : « 50,94 % » ;

b) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 12,13 % » est remplacé par le taux : « 8,89 % » ;

c) À la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 26,69 % » est remplacé par le taux : « 30,15 % » ;

2° Le 3° est ainsi modifié :

a) Le b est ainsi modifié :

– au deuxième alinéa, le taux : « 5,72 % » est remplacé par le taux : « 5,62 % » ;

– au quatrième alinéa, le taux : « 4,42 % » est remplacé par le taux : « 4,32 % » ;

– à l'avant-dernier alinéa, le taux : « 4,69 % » est remplacé par le taux : « 4,54 % » ;

– au dernier alinéa, le taux : « 2,02 % » est remplacé par le taux : « 1,92 % » ;

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

c) Au e, le taux : « 1,83 % » est remplacé par le taux : « 1,88 % » ;

3° Le 3° bis est ainsi modifié :

a) À la fin du a, le taux : « 8,37 % » est remplacé par le taux : « 8,27 % » ;

b) À la fin du b, le taux : « 0,83 % » est remplacé par le taux : « 0,93 % ».

XVII. – A. – (Supprimé)

B. – Par dérogation à l’article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, les exonérations prévues au I *ter* des articles L. 136-6 et L. 136-7 du même code ne donnent pas lieu à compensation à la sécurité sociale.

### **Article 20**

- ① I. – *(Non modifié)*
- ⑦ II. – *(Supprimé)*

---

### **Article 20 *ter***

*(Conforme)*

---

### **Article 22**

*(Pour coordination)*

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

(En milliards d'euros)

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie .....	<u>217,3</u>	<u>218,0</u>	<u>-0,7</u>
Accidents du travail et maladies professionnelles ..	<u>14,7</u>	<u>13,5</u>	<u>1,2</u>
Vieillesse .....	<u>241,4</u>	<u>241,2</u>	<u>0,2</u>
Famille.....	<u>51,4</u>	<u>50,3</u>	<u>1,1</u>
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	<u>510,9</u>	<u>509,2</u>	<u>1,8</u>
Fonds de solidarité vieillesse .....	<u>16,5</u>	<u>18,4</u>	<u>-2,0</u>
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	<u>509,4</u>	<u>509,6</u>	<u>-0,2</u>

### **Article 23**

*(Pour coordination)*

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

(En milliards d'euros)

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie .....	<u>215,7</u>	<u>216,4</u>	<u>-0,7</u>
Accidents du travail et maladies professionnelles	<u>13,3</u>	<u>12,2</u>	<u>1,1</u>
Vieillesse .....	<u>137,5</u>	<u>136,9</u>	<u>0,6</u>
Famille .....	<u>51,4</u>	<u>50,3</u>	<u>1,1</u>
Toutes branches (hors transferts entre branches)	<u>404,8</u>	<u>402,7</u>	<u>2,1</u>
Fonds de solidarité vieillesse .....	<u>16,5</u>	<u>18,4</u>	<u>-2,0</u>
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	<u>404,4</u>	<u>404,2</u>	<u>0,1</u>

---

### Article 26

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2019 à 2022), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

## QUATRIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019

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

#### TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS

##### Article 27

*(Conforme)*

---

##### Article 29

- ① L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le 2° du II est complété par des e à / ainsi rédigés :
- ③ « e) Le 3° de l'article L. 6122-2, en tant qu'il impose la satisfaction des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 6124-1 relatives à l'organisation et à la dispensation des soins, pour la durée de l'expérimentation ;
- ④ « f) Les articles L. 6154-2 et L. 6154-3, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser, sans dépassement d'honoraires, une activité libérale hors de l'établissement où il est nommé ou exerce à titre principal son activité ;
- ⑤ « g) Les articles L. 4041-2 et L. 4042-1, afin de permettre à des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires d'adapter leur statut pour la durée de l'expérimentation pour rendre possible l'encaissement

sur le compte de la société de tout ou partie des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de ses membres et le reversement de ces rémunérations à chacun d'eux ;

- ⑥ « h) Le dernier alinéa de l'article L. 6133-1, afin de permettre la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire, pour la durée de l'expérimentation ;
- ⑦ « i) (Supprimé) ;
- ⑧ « i bis) L'article L. 6323-1-5, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé. Les honoraires sont reversés au praticien par le centre de santé après déduction des frais de fonctionnement du centre liés à la prestation ;
- ⑨ « j) L'article L. 5125-1-1 A, afin de permettre aux pharmaciens d'officine, en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1, d'être désignés comme correspondants au sein d'une équipe de soins par le patient, à la demande ou avec l'accord du médecin traitant, et ainsi de renouveler des traitements chroniques ou d'ajuster leur posologie. Le médecin traitant et le pharmacien correspondant sont signataires d'un projet de santé au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 ou L. 6323-3 ;
- ⑩ « k) (Supprimé)
- ⑪ « l) (Supprimé) »
- ⑫ 1° bis Au 3° du même II, après le mot : « tarification », sont insérés les mots : « et d'organisation » ;
- ⑬ 2° Les IV, V et VI deviennent respectivement les V, VI et VII ;
- ⑭ 3° Le IV est ainsi rétabli :

- ⑮ « IV. – Pour les expérimentations mentionnées au I dérogeant à une ou plusieurs règles mentionnées au II et comportant une démarche de coopération telle que celles mentionnées à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, les dispositions des articles L. 4011-2 à L. 4011-3 du même code ne sont pas applicables, sous réserve des deux premiers alinéas de l'article L. 4011-3 dudit code.
- ⑯ « Les expérimentations mentionnées au I du présent article dérogeant à une ou plusieurs règles mentionnées au II et comportant la réalisation d'actes de télésurveillance tels que ceux mentionnés au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 sont soumises à la procédure et au financement prévus au III du présent article, qui se substituent à la procédure et au financement prévus au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 précitée. »

**Article 29 bis A**

*(Supprimé)*

**Article 29 bis B**

*(Supprimé)*

**Article 29 bis C**

*(Supprimé)*

**Article 29 bis**

*(Conforme)*

### **Article 29 ter**

Après le II de l'article L. 6145-16-1 du code de la santé publique, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Le taux maximal applicable aux nouveaux emprunts consentis dans le cadre d'une sécurisation des emprunts structurés détenus par les établissements publics de santé est égal au taux de rendement de l'obligation assimilable du Trésor de maturité la plus proche de la durée de vie moyenne initiale de l'emprunt structuré faisant l'objet de la renégociation, constaté à la date à laquelle celui-ci a été initialement consenti, majoré de cent cinquante points de base.

« Les catégories d'emprunts structurés concernés sont arrêtées par les ministres chargés de la santé, de l'économie et du budget. »

### **Article 29 quater**

- 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° L'article L. 162-5 est complété par un 27° ainsi rédigé :
- ③ « 27° Les conditions et modalités de participation financière au recrutement de personnels salariés intervenant auprès de médecins exerçant dans le cadre d'un exercice coordonné et ayant vocation à les assister dans leur pratique quotidienne et améliorer ainsi l'accès aux soins. ~~La condition d'exercice coordonné ne s'applique pas aux médecins exerçant dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.~~ » ;
- ④ 2° L'article L. 162-14-1 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Le I est complété par un 7° ainsi rédigé :

- ⑥ « 7° Les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné. » ;
- ⑦ b) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :
- ⑧ – à la première phrase, après le mot : « soins », sont insérés les mots : « des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires » ;
- ⑨ – à la deuxième phrase, après le mot : « avec », sont insérés les mots : « des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, » ;
- ⑩ 3° L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Le début du quatorzième alinéa est ainsi rédigé : « 12° Des mesures... *(le reste sans changement)*. » ;
- ⑫ b) Après le quatorzième alinéa, il est inséré un 13° ainsi rédigé :
- ⑬ « 13° Les conditions de modulation de la rémunération des pharmaciens en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné. »
- ⑭ II à IV. – *(Non modifiés)*

### **Article 29 quinquies**

À titre expérimental, pour une durée de trois ans et sur autorisation de l'État, la réorientation d'un patient effectuée par un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences peut donner lieu à la facturation, par certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° du même article L. 162-22-6.

Par dérogation à l'article L. 160-13 du même code, la prestation mentionnée au présent article est intégralement prise en charge par les

régimes obligatoires d'assurance maladie pendant une durée de trois ans à compter du début de l'expérimentation. Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les conditions de désignation des établissements retenus pour y participer ainsi que ses conditions d'évaluation en vue d'une éventuelle généralisation.

.....

### **Article 29 septies**

Le 1° du I de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est complété par un e ainsi rédigé :

« e) Développer la compréhension et la participation active des patients à leur parcours de soins, tant à titre préventif que curatif, notamment *via* l'éducation thérapeutique ; ».

.....

### **Article 31**

① I et II. – *(Non modifiés)*

III. – Le ministre chargé de la santé remet au Parlement, avant le 31 décembre 2021, un rapport sur le déploiement des pratiques avancées sur le territoire, sur leur impact en termes d'accès aux soins et sur leur coût pour l'assurance maladie.

### **Article 32**

① Le titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 161-38 est ainsi modifié :

- ③ a) À la seconde phrase du premier alinéa du II, après le mot : « génériques », sont insérés les mots : « , au registre des médicaments hybrides » ;
- ④ b) Le IV est ainsi modifié :
- ⑤ – au deuxième alinéa, les mots : « sont rendues obligatoires » sont remplacés par les mots : « peuvent être demandées par les éditeurs » ;
- ⑥ – au même deuxième alinéa, après le mot : « médicaments », la fin est ainsi rédigée : « , produits de santé et prestations éventuellement associées, le cas échéant par les pharmacies d'officine ou les pharmacies à usage intérieur. Les fonctionnalités qui doivent être fournies par le logiciel en vue d'obtenir la certification sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑦ – le dernier alinéa est supprimé ;
- ⑧ c) Le V est ainsi rédigé :
- ⑨ « V. – Les éditeurs de logiciels demandant une certification en application du IV s'engagent à faire évoluer leur logiciel pour en assurer la conformité avec les évolutions des fonctionnalités mentionnées au second alinéa du même IV.
- ⑩ « En cas de retard de la mise à jour d'un logiciel certifié ou de non-respect des éléments de certification, hors les cas d'impossibilité technique, le ministre chargé de la sécurité sociale peut prononcer une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise éditant le logiciel qui n'a pas respecté les engagements mentionnés au premier alinéa du présent V, après mise en demeure et recueil des observations de celle-ci.
- ⑪ « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité et de la durée du manquement constaté et, le cas échéant, du nombre de répétitions des manquements, sans pouvoir être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le ou les logiciels concernés par le manquement.

- ⑫ « La pénalité recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ⑬ « En cas de manquement répété de l'éditeur à ses engagements, les logiciels concernés peuvent perdre leur certification. » ;
- ⑭ 2° Après l'article L. 162-2-2, il est inséré un article L. 162-2-3 ainsi rédigé :
- ⑮ « *Art. L. 162-2-3.* – Dans le cadre des actions de prévention ou participant à la pertinence de soins identifiés, mises en œuvre dans le cadre des missions mentionnées au 3° de l'article L. 221-1 et aux III *bis* et IV de l'article L. 315-1, l'assurance maladie peut transmettre aux médecins et aux pharmaciens certaines données personnelles des patients traités par ces professionnels, sauf opposition des patients dûment informés par ces professionnels ou par l'assurance maladie, dans le respect des dispositions du chapitre IX de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- ⑯ « Les informations transmises ont un lien direct avec l'objet des actions mentionnées au premier alinéa du présent article et sont nécessaires à une meilleure prise en charge du patient, en termes de qualité ou de pertinence. Elles peuvent comprendre des données administratives relatives aux patients, des données liées au remboursement par l'assurance maladie ou encore des données à caractère médical dont dispose l'assurance maladie. L'information peut être transmise aux professionnels à l'aide de services dématérialisés par l'assurance maladie, directement par ses agents dûment habilités, ou à l'aide du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. » ;
- ⑰ 3° L'article L. 162-5 est ainsi modifié :

- ⑱ a) Le 21° est abrogé ;
- ⑲ b) À la deuxième phrase du 22°, après le mot : « prescription, », sont insérés les mots : « l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue au même article L. 161-38, » ;
- ⑳ 4° L'article L. 162-5-15 est ainsi modifié :
- ㉑ a) Au premier alinéa, les mots : « mentionnés à l'article L. 6155-1 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « exerçant en totalité ou pour partie leurs fonctions, à titre libéral ou salarié, dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, », les mots : « même code » sont remplacés par les mots : « code de la santé publique » et, après le mot : « exercent », sont insérés les mots : « , au moins en partie, » ;
- ㉒ b) Au second alinéa, les mots : « figure obligatoirement » sont remplacés par les mots : « personnel ainsi que, le cas échéant, le numéro identifiant la structure au sein de laquelle l'acte, la consultation ou la prescription a été réalisé figurent » ;
- ㉓ 5° À l'article L. 162-5-16, après le mot : « identification », il est inséré le mot : « exacte » et, après les mots : « à l'article L. 162-5-15 », sont insérés les mots : « et par le numéro identifiant la structure, » ;
- ㉔ 6° La sous-section 3 de la section 1 du chapitre II est complétée par un article L. 162-5-18 ainsi rédigé :
- ㉕ « Art. L. 162-5-18. – Le pharmacien exécutant l'ordonnance comportant ou devant comporter le numéro personnel et le numéro identifiant la structure mentionnés à l'article L. 162-5-15 est tenu de reporter ces numéros, ou le cas échéant leur absence, sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie.
- ㉖ « Le non-respect de cette obligation ou la transmission d'éléments erronés peuvent donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu, selon les modalités prévues à l'article L. 133-4, auprès du pharmacien. » ;

- ②⑦ [ ]
- ②⑧ 7° À la deuxième phrase du 8° de l'article L. 162-16-1, après les mots : « sur la dispensation, », sont insérés les mots : « l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38, ».

### **Article 32 bis**

*(Conforme)*

### **Article 33**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, après le mot : « tarification », sont insérés les mots : « , de distribution » ;
- ④ b) Au quatrième alinéa, après les mots : « du professionnel », sont insérés les mots : « , du distributeur » et, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « , à un distributeur » ;
- ⑤ c) À la fin du dernier alinéa, les mots : « des quatre alinéas qui précèdent » sont remplacés par les mots : « du présent article » ;
- ⑥ 1° bis Au 6° de l'article L. 160-8, les mots : « à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné » sont remplacés par les mots : « aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés » ;
- ⑦ 2° Au 3° de l'article L. 162-9, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 2° » ;
- ⑧ 3° L'article L. 165-1 est ainsi modifié :

- ⑨ a) À la fin de la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « et d'utilisation » sont remplacés par les mots : « , d'utilisation et de distribution » ;
- ⑩ b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « L'inscription sur la liste peut distinguer au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations plusieurs classes, définies, d'une part, en fonction du caractère primordial du service rendu et, d'autre part, en fonction du rapport entre ce service et le tarif ou le prix envisagé. L'une au moins de ces classes a vocation à faire l'objet d'une prise en charge renforcée, par l'application des dispositions des articles L. 165-2, L. 165-3 ou L. 871-1. » ;
- ⑫ c) Au troisième alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- ⑬ 4° Après l'article L. 165-1-3, il est inséré un article L. 165-1-4 ainsi rédigé :
- ⑭ « Art. L. 165-1-4. – I. – Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le fabricant ou pour le distributeur, de proposer et de disposer de certains produits ou prestations appartenant aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même article L. 165-1.
- ⑮ « II. – La distribution, en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie, de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 peut donner lieu à l'obligation pour le distributeur de participer à un dispositif d'évaluation visant à établir la qualité de la prise en charge du patient et la mise en œuvre conforme des modalités de prise en charge et de distribution des produits ou prestations, notamment au regard des exigences fixées par la liste mentionnée audit article L. 165-1 et de celles fixées au I du présent article, ainsi que la satisfaction des patients.

- ⑩ « III. – Les sommes dues en application des dispositions de l'article L. 133-4 sont recouvrées auprès du distributeur concerné lorsqu'elles résultent du non-respect des dispositions du I du présent article ou de l'article L. 165-9 par ce distributeur.
- ⑪ « IV. – Le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du fabricant ou du distributeur, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière :
- « 1° D'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France en cas de méconnaissance des obligations mentionnées au I ;
- « 2° D'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France pour les produits ou prestations pour lesquels les obligations mentionnées au II ou à l'article L. 165-9 ont été méconnues.
- ⑫ « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements.
- ⑬ « V. – Le distributeur qui n'entend pas mettre en œuvre les obligations mentionnées au présent article et à l'article L. 165-9 en informe les assurés sociaux selon des modalités appropriées, définies par le décret mentionné au VI du présent article. L'ensemble des produits et prestations qu'il distribue ne peuvent alors être admis au remboursement.
- ⑭ « VI. – Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du présent article. » ;
- ⑮ 5° L'article L. 165-2 est ainsi modifié :
- ⑯ a) Le dernier alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée :  
« Elle peut également tenir compte, à la demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance aux classes définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. » ;
- ⑰ b) Après le 7° du II, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

- ②4 « 8° L'appartenance du produit ou de la prestation à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du présent code. » ;

c) Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. – Par dérogation aux I et II, le tarif de responsabilité des produits et prestations n'appartenant pas aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 peut être fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

- ②6 6° L'article L. 165-9 est ainsi modifié :

- ②7 a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

- ②9 – est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le devis comporte au moins un équipement d'optique médicale ou une aide auditive appartenant à l'une des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même article L. 165-1, sous réserve qu'il existe un tel équipement ou une telle aide qui réponde au besoin de santé. » ;

- ③0 b) Au troisième alinéa, les mots : « et les informations d'identification et de traçabilité sont transmises » sont remplacés par les mots : « est transmise » ;

- ③1 c) Les deux derniers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

- ③2 « Le contenu et la présentation du devis et de la note, y compris les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie, après consultation du Conseil national de la consommation mentionné à l'article L. 112-1 du code de la consommation. » ;

- ③③ 7° La deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 871-1 est ainsi modifiée :
- ③④ a) Les mots : « peuvent être » sont remplacés par le mot : « sont » ;
- ③⑤ b) Sont ajoutés les mots : « et les aides auditives ».
- ③⑥ II et III. – *(Non modifiés)*
- ③⑦ IV. – *(Supprimé)*

### **Article 33 bis**

*(Supprimé)*

## TITRE II

### **AMÉLIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ**

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

#### **Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins**

### **Article 34**

- ① I. – *(Non modifié)*
- ⑦⑧ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 1° Au 1° de l'article L. 114-17-1, les mots : « , de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 » sont supprimés ;
- 2° À la fin de l'article L. 142-3, les références : « des articles L. 861-5 et L. 863-3 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 861-5 » ;

3° Au dernier alinéa de l'article L. 160-1, les mots : « couverture complémentaire » sont remplacés par les mots : « protection complémentaire en matière de santé » ;

4° Les deux derniers alinéas de l'article L. 160-3 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Sous réserve des dispositions relatives au séjour temporaire prévues dans les règlements européens et les conventions internationales de sécurité sociale ou des dispositions, applicables dans les États dans lesquels ces personnes résident, prévoyant une prise en charge des soins dispensés hors de leur territoire, les dispositions du premier alinéa du présent article s'appliquent :

« a) Aux personnes mentionnées aux 1° à 3°, lorsque la France est exclusivement compétente pour la prise en charge des soins de santé dispensés dans l'État dans lequel elles résident en vertu des conventions internationales de sécurité sociale ;

« b) Aux personnes mentionnées aux 1° et 3°, non mentionnées au a et dont la pension rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à quinze années au titre d'un régime français ;

« c) Aux enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle et à la charge des personnes mentionnées aux a et b. » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 160-15, les mots : « mineurs, pour » sont remplacés par les mots : « mineurs et » et, à la fin, les mots : « ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au second alinéa de l'article L. 863-3 » sont supprimés ;

6° À la première phrase de l'article L. 162-1-21, les références : « , L. 861-3 et L. 863-7-1 » sont remplacées par la référence : « et L. 861-3 » ;

7° Le dernier alinéa de l'article L. 162-9 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 861-1 » ;

b) Les mots : « ou de cette aide » sont supprimés ;

c) Le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » ;

8° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-16-7, les mots : « couverture maladie universelle complémentaire » sont remplacés par les mots : « protection complémentaire en matière de santé » et les mots : « et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 » sont supprimés ;

9° À l'article L. 162-40, les mots : « , et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-2, » sont supprimés ;

10° Le deuxième alinéa de l'article L. 165-6 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, les mots : « et des bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnés aux articles L. 861-3 et L. 863-2 » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 861-1 » ;

b) À la fin de la seconde phrase, les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont supprimés ;

11° À l'article L. 211-1, après le mot : « professionnelles », sont insérés les mots : « et l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 » ;

12° L'article L. 752-4 est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° D'attribuer la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 aux assurés dont elles gèrent les risques maladie, maternité, décès et invalidité. » ;

13° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1, les mots : « de l'article L. 863-1, » sont supprimés ;

14° À la seconde phrase du premier alinéa du II de l'article L. 911-7-1, les mots : « , d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l'article L. 863-1 » sont supprimés.

III à VI, VI *bis*, VII et VIII. – (Non modifiés)

---

### **Article 36**

*(Conforme)*

---

## CHAPITRE II

### **RENFORCER LA PRÉVENTION**

---

### **Article 38**

*(Conforme)*

### **Article 38 bis**

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2019, un rapport relatif aux dépenses de prévention des addictions, notamment concernant la prévention de l'alcoolisme, afin d'évaluer l'efficience des

dépenses. Le rapport met en avant l’articulation entre les dépenses de prévention et l’évolution des conduites addictives, notamment des hospitalisations et passages aux urgences liés à ces pratiques et les coûts engendrés par celles-ci.

.....

### **Article 39 bis**

I. – L’État peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans deux régions volontaires dont au moins une région d’outre-mer, à titre expérimental, le financement, par le fonds d’intervention régional mentionné à l’article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l’amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et, sous réserve de l’avis de l’autorité mentionnée à l’article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, chez les garçons.

II. – Un décret en Conseil d’État précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région ainsi que les conditions d’évaluation de l’expérimentation. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des régions participant à l’expérimentation. Le contenu de chaque projet d’expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par le directeur général de l’agence régionale de santé concernée.

③ III. – *(Non modifié)*

### **Article 39 ter**

① I. – L’État peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans deux régions volontaires, à titre expérimental, le financement, par le fonds d’intervention régional mentionné à l’article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l’amélioration des pratiques des

professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination ~~obligatoire~~ contre la grippe des professionnels de santé et du personnel soignant ~~et non soignant~~ dans les établissements de santé publics ou privés ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

- ② II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des régions participant à l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée.

- ③ III. – *(Non modifié)*

#### **Article 39 quater**

*(Supprimé)*

#### CHAPITRE III

#### **Améliorer les prises en charge**

#### **Article 40**

- ① I. – Le livre I<sup>er</sup> de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° A *(Supprimé)*
- ③ 1° Le titre III est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« CHAPITRE V

④

⑥

**« Parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement**

⑦

« Art. L. 2135-1. – Pour l'accompagnement des enfants présentant un trouble du neuro-développement et pour la réalisation d'un diagnostic, un parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l'assurance maladie.

⑧

« Le parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements ou services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou les établissements mentionnés à l'article L. 3221-1 du présent code.

⑨

« Les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale, aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et les psychologues peuvent conclure avec les structures désignées au deuxième alinéa du présent article un contrat, conforme au contrat type défini par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du handicap. Ce contrat prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant. Pour les professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et les psychologues, le contrat prévoit également les modalités selon lesquelles la structure désignée rémunère les prestations réalisées dans le cadre du parcours.

⑩

« La prise en charge du parcours est soumise à prescription médicale.

⑪

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

⑫

2° L'article L. 2112-8 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation au premier alinéa du présent article, les régimes d'assurance

maladie financent l'intégralité des dépenses relatives au parcours mentionné à l'article L. 2135-1. »

⑬ II à IV. – *(Non modifiés)*

⑭ V. – *(Supprimé)*

#### **Article 40 bis**

① À titre expérimental, pour une durée de cinq ans à compter de la publication de la présente loi et par dérogation aux IV, V et VI de l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles, les autorités compétentes en matière de tarification des établissements et services mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 du même code et à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique peuvent, par convention signée entre elles, organiser, au profit de l'une d'entre elles ~~et pour une durée déterminée par décret~~, la délégation de la compétence de détermination et de modification des tarifs attribués auxdits établissements et services.

② La convention détermine les conditions et modalités de la tarification des établissements et services concernés, en ne retenant qu'une seule des formes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.

③ Les articles L. 314-7 et L. 314-7-1 du même code ne s'appliquent qu'à l'égard de l'autorité délégataire. ~~L'article L. 313-12-2 dudit code s'applique aux établissements et services mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 du même code, dans le cas où l'autorité délégataire désignée est le directeur général de l'agence régionale de santé.~~

Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

#### **Article 41**

① I. – *(Non modifié)*

- ② II. – Le titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ③ 1° Le V de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :
- a) La deuxième phrase est complétée par les mots : « , qu'il peut lui-même réaliser, en cette qualité et en articulation avec le médecin traitant, dans des conditions prévues par décret » ;
- b) (*nouveau*) À la quatrième phrase, après le mot : « sont », il est inséré le mot : « également » ;
- ④ 2° Le deuxième alinéa de l'article L. 314-12 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Des clauses spécifiques sont prévues dans le cas où le médecin coordonnateur de l'établissement intervient également auprès d'un ou de plusieurs résidents comme médecin traitant. »

#### **Article 41 bis**

(Supprimé)

#### CHAPITRE IV

### **Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé**

#### **Article 42**

- ① I. – Le livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au 1° de l'article L. 133-4, après les mots : « des articles », sont insérées les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, » et, à la fin, la référence : « et L. 162-23-1 » est remplacée par les références : « , L. 162-23-1 et L. 165-1-5 » ;
- ③ 2° L'article L. 162-4 est ainsi modifié :
- ④ a) Au 1°, après le mot : « thérapeutiques », sont insérés les mots : « ou des conditions » ;

- ⑤ *b)* Le 2° est complété par les mots : « , ou des conditions figurant sur cette même liste » ;
- ⑥ 2° *bis* Au 2° du II de l'article L. 162-16-4, les mots : « quatrième alinéa » sont remplacés par la référence : « III » ;
- ⑦ 3° Au début du troisième alinéa du I de l'article L. 162-16-5, sont ajoutés les mots : « Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, » ;
- ⑧ 4° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié :
- ⑨ *a)* La première phrase du premier alinéa du I est ainsi modifiée :
- ⑩ – après le mot : « publique », sont insérés les mots : « prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, » ;
- ⑪ – après le mot : « réclame », sont insérés les mots : « , le cas échéant, » ;
- ⑫ – sont ajoutés les mots : « dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 du présent code ou L. 5123-2 du code de la santé publique pour au moins l'une de ses indications » ;
- ⑬ *b)* À la première phrase du premier alinéa du II, après le mot : « utilisation », sont insérés les mots : « selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code » ;
- ⑭ *b bis)* Le second alinéa du même II est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Lorsque toutes les indications prises en charge d'un médicament, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, relèvent des dispositions du V du présent article, pour la partie de l'année civile sur laquelle cette condition est satisfaite, le chiffre d'affaires mentionné à la première phrase du présent alinéa pris en compte pour l'application du premier alinéa du présent II s'entend uniquement du chiffre d'affaires réalisé au titre des indications prises en charge au titre des articles

L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. Le chiffre d'affaires réalisé au titre de ces indications, pour la période de temps concernée, est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total pour le médicament par la part d'utilisation de ce médicament dans les indications considérées. » ;

- ⑮ c) Le IV est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑯ « Le III du présent article et le présent IV sont applicables aux indications ne faisant pas l'objet de la fixation d'une compensation mentionnée au V du présent article. » ;
- ⑰ d) Après le même IV, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :
- ⑱ « V. – Lorsque qu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications, et qu'une prise en charge de cette spécialité est autorisée en application du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée. La compensation ainsi fixée reste applicable en cas de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2.
- ⑲ « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent également une compensation lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2.
- ⑳ « Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au présent V, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre la période et pour l'indication considérées, et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et

utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

- ⑳ « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent V, notamment les conditions de prise en charge des spécialités concernées. » ;
- ㉑ e) Le V, qui devient le VI, est ainsi modifié :
- ㉒ – à la première phrase, après les deux occurrences de la référence : « du II », est insérée la référence : « ou du V » ;
- ㉓ – à la deuxième phrase, après le mot : « utilisation », sont insérés les mots : « dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 » ;
- ㉔ – à la même deuxième phrase, après la référence : « au II », est insérée la référence : « ou au V » ;
- ㉕ – à la dernière phrase, après la référence : « au II », est insérée la référence : « ou au V » ;
- ㉖ f) Le VI, qui devient le VII, est ainsi modifié :
- ㉗ – aux première et seconde phrases, après le mot : « charge », sont insérés les mots : « accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code » ;
- ㉘ – à la première phrase, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , octroyée au titre du 1° du I du même article L. 5121-12 ou au titre du 2° du même I, » ;
- ㉙ 5° Après le même article L. 162-16-5-1, il est inséré un article L. 162-16-5-1-1 ainsi rédigé :

- ① « Art. L. 162-16-5-1-1. – I. – Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code ou dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur.
- ② « Les autorisations temporaires d'utilisation délivrées au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge qu'avant la délivrance d'une première autorisation de mise sur le marché pour le médicament considéré ainsi que dans le cadre de la continuité de traitement mentionné à l'article L. 162-16-5-2 du présent code.
- ③ « En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article ou de l'article L. 162-16-5-2, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché.
- ④ « II. – Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑤ 6° L'article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Le I est ainsi modifié :
- ⑦ – au premier alinéa, les mots : « , préalablement à l'obtention de sa première autorisation de mise sur le marché, » sont supprimés ;
- ⑧ – au même premier alinéa, après les mots : « santé publique », sont insérés les mots : « et qui a fait l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code » ;

- ③⑨ – après le mot : « pour », la fin dudit premier alinéa est ainsi rédigée :  
« l'indication ayant fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation dès lors que cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour ce médicament. » ;
- ④⑩ – les 1° et 2° sont abrogés ;
- ④⑪ – le dernier alinéa est ainsi rédigé :
- ④⑫ « Par dérogation au premier alinéa du présent I, la poursuite de la prise en charge d'un traitement, pour un patient donné, initié dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du I de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique. » ;
- ④⑬ *b)* Le II est ainsi rédigé :
- ④⑭ « II. – Les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques n'ayant pas fait l'objet, pour une indication particulière, d'une autorisation temporaire d'utilisation mais disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication peuvent demander leur prise en charge temporaire par l'assurance maladie. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;
- ④⑮ *c)* Le III est ainsi modifié :
- ④⑯ – au premier alinéa du A, après les mots : « mentionnée au I », sont insérés les mots : « et au II » ;

- ④⑦ – au 1° du même A, après le mot : « inscription », sont insérés les mots : « ou au refus d'inscription » ;
- ④⑧ – au 3° dudit A, les mots : « marché, ou » sont remplacés par les mots : « marché pour les indications relevant du I du présent article, ou aucune demande d'inscription n'est déposée concomitamment à la demande de prise en charge pour les indications relevant du II, ou, pour les indications relevant des I ou II, » ;
- ④⑨ – il est ajouté un D ainsi rédigé :
- ④⑩ « D. – Le présent III est notamment applicable aux spécialités disposant ou ayant disposé d'une autorisation temporaire d'utilisation au titre des 1° ou 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et d'une prise en charge à ce titre. » ;
- ④⑪ d) Le IV est ainsi rédigé :
- ④⑫ « IV. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 est applicable aux prises en charge au titre du présent article. » ;
- ④⑬ 7° Le premier alinéa de l'article L. 162-16-5-3 est ainsi modifié :
- ④⑭ a) À la première phrase, après les mots : « titre de », sont insérés les mots : « l'article L. 162-16-5-1-1 ou de » ;
- ④⑮ b) À la deuxième phrase, après les mots : « dispositions de », sont insérés les mots : « l'article L. 162-16-5-1-1 ou de » ;
- ④⑯ 8° Après le même article L. 162-16-5-3, il est inséré un article L. 162-16-5-4 ainsi rédigé :
- ④⑰ « Art. L. 162-16-5-4. – I. – La prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :

- ⑤⑧ « 1° Pendant la durée de la prise en charge au titre des mêmes articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 ;
- ⑤⑨ « 2° Et pendant une durée d'au moins un an à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre desdits articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.
- ⑥⑩ « Ces dispositions ne s'appliquent pas si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d'un an est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'article L. 162-17 du présent code ou au titre de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.
- ⑥⑪ « Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, les conditions de prise en charge, le cas échéant, fixées par le Comité économique des produits de santé s'appliquent. Lorsque l'inscription est prononcée uniquement sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, le laboratoire permet l'achat de son produit pour les continuités de traitement à un tarif qui n'excède pas, le cas échéant après l'application de remises, le prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-1 du présent code.
- ⑥⑫ « II. – En cas de manquement aux dispositions du I, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à l'encontre du laboratoire exploitant selon les modalités prévues aux onzième à avant-dernier alinéas de l'article L. 162-17-4, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I du présent article, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. » ;
- ⑥⑬ 9° Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'inscription peut également être assortie de

conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge. » ;

- ⑥4 10° Après l'article L. 162-17-1-1, il est inséré un article L. 162-17-1-2 ainsi rédigé :
- ⑥5 « Art. L. 162-17-1-2. – La prise en charge des produits de santé et prestations éventuellement associées au titre de l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 165-1 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1 ou L. 165-1-5 du présent code peut être subordonnée au recueil et à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit de santé ou la prestation est prescrit et aux résultats ou effets de ces traitements. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les produits de santé et prestations associées et les informations concernés par ces dispositions.
- ⑥6 « Ces informations sont transmises aux systèmes d'information prévus à l'article L. 161-28-1 du présent code et à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. Elles peuvent être transmises au service du contrôle médical dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- ⑥7 « Le non-respect de ces obligations peut donner lieu à une procédure de recouvrement d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie, selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code. » ;
- ⑥8 11° Après les mots : « sécurité sociale », la fin de la troisième phrase du premier alinéa et de la première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 162-17-2-1 est supprimée ;
- ⑥9 12° L'article L. 162-17-2-2 ainsi rétabli :

- ⑦⑩ « Art. L. 162-17-2-2. – Les règles de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments homéopathiques relevant ou ayant vocation à relever de l'enregistrement prévu à l'article L. 5121-13 du code de la santé publique, ou de tout ou partie d'entre eux, sont définies par décret en Conseil d'État.
- ⑦⑪ « Ce décret précise notamment la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments, ou de tout ou partie d'entre eux, par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, ainsi que les conditions dans lesquelles ces médicaments homéopathiques, ou tout ou partie d'entre eux, peuvent, le cas échéant, être admis ou exclus de la prise en charge par l'assurance maladie. » ;
- ⑦⑫ 13° Le neuvième alinéa de l'article L. 162-17-4 est ainsi modifié :
- ⑦⑬ a) À la fin de la dernière phrase, la référence : « de l'article L. 162-16-4 » est remplacée par les références : « des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6 » ;
- ⑦⑭ b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18. » ;
- ⑦⑮ 14° L'article L. 162-18 est ainsi modifié :
- ⑦⑯ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑦⑰ a bis) Les deux dernières phrases du quatrième alinéa sont supprimées ;
- ⑦⑱ b) Après le même quatrième alinéa, sont insérés des II et III ainsi rédigés :
- ⑦⑲ « II. – Pour les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de

remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article.

- ⑧⑩ « Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.
- ⑧⑪ « III. – Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. » ;
- ⑧⑫ *c) (Supprimé)*
- ⑧⑬ *d) Au début du cinquième alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – » ;*
- ⑧⑭ *e) À la seconde phrase du sixième alinéa, la référence : « au premier alinéa » est remplacée par les références : « aux I et II » et les mots : « des trois prochaines années » sont remplacés par les mots : « de la prochaine année » ;*
- ⑧⑮ *f) À la fin de l'avant-dernier alinéa, la référence : « sixième alinéa du présent article » est remplacée par la référence : « deuxième alinéa du présent IV » ;*
- ⑧⑯ *g) Au dernier alinéa, après le mot : « convention », sont insérés les mots : « ou de décision » ;*
- ⑧⑰ 15° À l'article L. 162-22-7-3, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « qui bénéficient d'un dispositif de prise en charge », la référence : « L. 5121-12 du code la santé publique » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1-1 » et sont ajoutés les mots : « , dans les conditions fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 » ;

- ⑧ 16° Après l'article L. 165-1-3, il est inséré un article L. 165-1-5 ainsi rédigé :
- ⑨ « Art. L. 165-1-5. – I. – Certains produits et prestations pour lesquels, pour une indication particulière, une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 est demandée et est en cours d'instruction, peuvent faire l'objet d'une prise en charge temporaire par l'assurance maladie, décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée au même article L. 165-1 et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'État. Ce décret fixe également les situations dans lesquelles il peut être mis fin à la prise en charge temporaire. Seuls certains établissements de santé peuvent distribuer ce produit ou cette prestation en vue de sa prise en charge. Cette prise en charge peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à modifier les conditions de délivrance des produits concernés au titre de leur éventuelle prise en charge au titre dudit article L. 165-1.
- ⑩ « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée en application du présent I.
- ⑪ « II. – Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au I du présent article, l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour ce produit ou cette

prestation par la part d'utilisation du produit ou de la prestation dans l'indication considérée.

- ⑨② « III. – Lorsqu'un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du II du présent article est inscrit au remboursement au titre de l'article L. 165-1 et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du produit ou de la prestation au sens de l'article L. 165-4 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre du I, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II, 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 même II, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée.
- ⑨③ « IV. – L'article L. 162-16-5-4 est applicable aux produits et prestations faisant l'objet de la prise en charge mentionnée au I du présent article. » ;
- ⑨④ 16° *bis* (Supprimé)
- ⑨⑧ 17° Le III de l'article L. 165-4 est ainsi modifié :
- ⑨⑨ a) Après le premier alinéa, il est inséré un IV ainsi rédigé :
- ⑩⑩ « IV. – Les conventions conclues au titre des produits ou prestations bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-5 n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour la prochaine année.

- ⑩① « Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque produit ou prestation. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au I du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2.
- ⑩② « Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du présent IV.
- ⑩③ « À défaut de convention prévoyant des remises, le tarif de responsabilité tient lieu de prix net de référence. » ;
- ⑩④ b) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « V. – ».
- ⑩⑤ II, II bis, III et IV. – *(Non modifiés)*

V (*nouveau*). – Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant la mise en œuvre de l'ouverture des autorisations temporaires d'utilisation à de nouvelles indications.

#### **Article 42 bis A**

*(Supprimé)*

#### **Article 42 bis**

*(Suppression conforme)*

#### **Article 43**

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

1° Le 5° de l'article L. 5121-1 est complété par des c et d ainsi rédigés :

« c) Spécialité hybride d'une spécialité de référence, une spécialité qui ne répond pas à la définition d'une spécialité générique parce qu'elle comporte par rapport à la spécialité de référence des différences relatives aux indications thérapeutiques, au dosage, à la forme pharmaceutique ou à la voie d'administration, ou lorsque la bioéquivalence par rapport à cette spécialité de référence n'a pu être démontrée par des études de biodisponibilité. L'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité hybride repose au moins pour partie sur les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés déterminés en fonction de ces différences ;

« d) Groupe hybride, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides ; »

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

a) À la première phrase du premier alinéa et au deuxième alinéa, après le mot : « générique », sont insérés les mots : « ou hybride » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les spécialités hybrides, il est créé un registre des groupes hybrides comportant les groupes dans lesquels sont regroupés une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides. Sont fixées par décret en Conseil d'État les conditions d'élaboration de ce registre, notamment les modalités d'inscription des spécialités dans les groupes hybrides correspondants ou de radiation des spécialités de ces groupes par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des classes de médicaments pouvant faire l'objet de groupes inscrits sur ce registre. » ;

3° L'article L. 5125-23 est ainsi modifié :

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

a bis) Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. - » ;

b) Au même deuxième alinéa, après le mot : « générique », sont insérés les mots : « ou hybride » ;

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

« Par dérogation au I, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique ou du même groupe hybride, à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, précise les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée, notamment sur l'ordonnance, ainsi que, le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le prescripteur. Pour les spécialités figurant sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les situations médicales dans lesquelles la substitution peut être effectuée par le pharmacien au sein d'un groupe hybride. » ;

d) Au quatrième alinéa, au début, est ajoutée la mention : « III. – » et, après le mot : « générique », sont insérés les mots : « ou du même groupe hybride » ;

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

4° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5125-23-2, les mots : « ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif » sont supprimés ;

5° L'article L. 5125-23-4 est abrogé.

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

1° A Au 4° de l'article L. 161-36-4, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « dernier » ;

1° B (Supprimé)

1° L'article L. 162-16 est ainsi modifié :

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

a bis) Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;

b) Au troisième alinéa, la référence : « cinquième alinéa » est remplacée par la référence : « III » ;

c) Le quatrième alinéa est remplacé par des III et IV ainsi rédigés :

« III. – La base de remboursement des frais exposés par l'assuré au titre de la spécialité délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application du 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné, lorsque le pharmacien délivre une spécialité :

« 1° Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1 du même code ;

« 2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique ou hybride.

« Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie.

« Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné.

« Pour l'application du présent III, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 sont prises en compte.

« IV. – Le III, à l'exception de l'avant-dernier alinéa, n'est pas applicable lorsque le prescripteur a exclu sur justification médicale la possibilité de substitution conformément au deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, ou lorsque la délivrance par substitution d'une spécialité hybride n'est pas admise en application du dernier alinéa du II du présent article » ;

d) Au cinquième alinéa, au début, est ajoutée la mention : « V. – » et la référence : « du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 », la référence : « ou de l'article L. 5125-23-4 » et les mots : « de la spécialité générique ou » sont supprimés ;

e) Le sixième alinéa est ainsi modifié :

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

– à la première phrase, les deux occurrences des références : « cinquième et sixième alinéas » sont remplacées par les références : « III et V » ;

– à la fin de la seconde phrase, les mots : « , de la santé, de l'économie et du budget » sont remplacés par les mots : « et de la santé » ;

f) Au début du huitième alinéa, est ajoutée la mention : « VII. – » ;

2° L'article L. 162-16-7 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du troisième alinéa, les mots : « y compris » sont remplacés par le mot : « dans » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

3° Après l'article L. 162-22-7-3, il est inséré un article L. 162-22-7-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-7-4. – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 peuvent bénéficier d'une dotation du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficience de leurs prescriptions de produits de santé, mesurés tous les ans par établissement.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficience des prescriptions et précise, pour chaque indicateur, les modalités de calcul du montant de la dotation par établissement. »

III. – Les modalités de détermination de la dotation mentionnées à l'article L. 162-22-7-4 du code de la sécurité sociale peuvent se fonder sur l'analyse des prescriptions effectuées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

III bis. – La mention expresse mentionnée au deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est portée sur l'ordonnance sous forme exclusivement manuscrite, jusqu'à l'entrée en vigueur de l'arrêté mentionné au même deuxième alinéa.

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019, à l'exception du 1° du II et des dispositions relatives aux médicaments hybrides qui entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

.....

### TITRE III

## MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS

### Article 44 A

*(Supprimé)*

### Article 44

Au titre de 2019 et 2020, par dérogation à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, les montants des prestations et des plafonds de ressources relevant du même article L. 161-25 sont revalorisés annuellement de 0,3 %.

Toutefois, ne sont pas concernés par cette dérogation :

1° L'allocation de veuvage mentionnée à l'article L. 356-2 du même code ;

2° L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 dudit code et les prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de ces allocations ;

3° L'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de cette allocation ;

4° Le plafond de ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévu à l'article L. 861-1 du même code ;

5° Le revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et l'aide à la réinsertion familiale et

sociale des anciens migrants mentionnée à l'article L. 117-3 du même code ;

6° Les allocations mentionnées au 2° de l'article L. 5421-2 du code du travail et l'allocation temporaire d'attente mentionnée à l'article L. 5423-8 du même code ;

7° L'allocation pour demandeur d'asile mentionnée à l'article L. 744-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

8° L'allocation spéciale pour les personnes âgées mentionnée à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, ainsi que le plafond de ressources prévu pour le service de cette allocation ;

9° L'allocation de solidarité aux personnes âgées et les prestations mentionnées, respectivement, aux 1° et 9° de l'article 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de ces allocations.

.....

#### **Article 47**

① I. – Le livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 623-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi rédigé :

« I. – Les assurées auxquelles s'appliquent les dispositions du présent titre bénéficient à l'occasion de leur maternité, à condition de cesser leur activité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 :

« 1° D'une allocation forfaitaire de repos maternel ;

« 2° D'indemnités journalières forfaitaires.

« Les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition *in utero* au diéthylstilbestrol bénéficient d'indemnités journalières forfaitaires à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions prévues à l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. » ;

b) Au II, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 2° » ;

b bis) Au 1° du III, la référence : « premier alinéa » est remplacée par la référence : « 1° » ;

c) Au 2° du III, la première occurrence de la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 2° » et, à la fin, la référence : « deuxième alinéa du I » est remplacée par la référence : « 2° du I du présent article » ;

d) Au premier alinéa du IV, la référence : « premier alinéa » est remplacée par la référence : « 1° du I » et la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 2° du même I » ;

2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 623-4, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 2° » et la référence : « premier alinéa » est remplacée par la référence : « 1° » ;

- ③ 3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 663-1, les mots : « proportionnelles à la durée et au coût de ce remplacement » sont supprimés.
- ④ II. – Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑤ 1° À la première phrase du second alinéa du 1° de l'article L. 722-10, les mots : « des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité » ;
- ⑥ 2° L'article L. 732-10 est ainsi rédigé :

- ⑦ « Art. L. 732-10. – Les assurées mentionnées aux 1° et 2°, au *a* du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 qui cessent leur activité en raison de leur maternité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale bénéficient, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié, d'une allocation de remplacement pour couvrir les frais exposés par leur remplacement dans les travaux de l'exploitation agricole.
- ⑧ « Lorsque le remplacement prévu au premier alinéa du présent article ne peut pas être effectué, les assurées mentionnées au 1° de l'article L. 722-10 qui cessent leur activité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale bénéficient, dans des conditions déterminées par décret, d'indemnités journalières forfaitaires.
- ⑨ « L'allocation de remplacement ou les indemnités journalières sont accordées à compter du premier jour de leur arrêt de travail, dans des conditions fixées par décret, aux assurées mentionnées aux premier et deuxième alinéas du présent article dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition *in utero* au diéthylstilbestrol. » ;
- ⑩ 3° L'article L. 732-10-1 est ainsi modifié :
- ⑪ *a)* Au premier alinéa, au début, les mots : « Lorsqu'elles » sont remplacés par les mots : « Lorsque les assurés », les mots : « personnes mentionnées » sont remplacés par les mots : « assurés mentionnés » et, à la fin, sont ajoutés les mots : « ou, lorsque le remplacement ne peut pas être effectué, des indemnités journalières prévues au deuxième alinéa de l'article L. 732-10, attribuées sans condition de durée minimale d'interruption d'activité. » ;
- ⑫ *b)* Au second alinéa, après le mot : « allocation », sont insérés les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières » ;
- ⑬ 4° L'article L. 732-12-2 est ainsi modifié :

- ⑭ a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « prévue » est remplacé par les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières dans les conditions prévues » ;
- ⑮ b) Au dernier alinéa, après le mot : « allocation », sont insérés les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières ».
- ⑯ III. – *(Non modifié)*

.....

**Article 47 quater**

*(Conforme)*

**Article 47 quinquies**

À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, par dérogation à la condition de cessation d'activité prévue à l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale, les assurées mentionnées au I du même article L. 623-1 peuvent percevoir des indemnités journalières en cas de reprise partielle d'activité dans les conditions suivantes :

1° À hauteur d'un jour par semaine durant les quatre semaines suivant la période d'interruption totale d'activité prévue audit article L. 623-1 ;

2° À hauteur de deux jours par semaine au maximum durant les quatre semaines suivant la période mentionnée au 1° du présent article.

Les indemnités journalières ne sont pas versées pour les jours travaillés mais leur versement peut être reporté à l'issue de la durée d'attribution fixée en application de l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite de dix jours au maximum.

Au plus tard trois mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation.

.....

TITRE IV

**DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE  
DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONOURANT  
AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES**

.....

**Article 54 bis A**

*(Supprimé)*

**Article 54 bis B**

*(Supprimé)*

.....

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 28 novembre 2018.*

*Le Président,*  
*Signé : RICHARD FERRAND*

**ANNEXE A**

**Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2017,  
des régimes obligatoires de base et des organismes concourant  
à leur financement, à l'amortissement de leur dette  
ou à la mise en réserve de recettes à leur profit  
et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents  
et la couverture des déficits constatés pour l'exercice 2017**

---

Version provisoire

## ANNEXE B

### **Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national des 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 sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2019-2022. Cette période sera marquée dès 2019 par le retour à l'équilibre de l'ensemble constitué par les régimes obligatoires de base et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), permettant d'amplifier le désendettement de la sécurité sociale (I). Le financement de la sécurité sociale sur cette période évoluera substantiellement sous l'effet des nouvelles mesures de baisse pérenne des cotisations sociales qui en feront évoluer la structure (II). S'agissant de la branche maladie du régime général, la limitation de la progression de l'ONDAM permettra sur la période de continuer de dégager des économies tout en finançant les priorités du Gouvernement telles que l'accès aux soins et au droit à un remboursement intégral (III). L'équilibre financier des autres branches prestataires sera conforté sur la période quadriennale en vue de permettre le désendettement et le financement des priorités du Gouvernement (IV).
- ② I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 consolide le retour à l'équilibre des comptes sociaux et permet de garantir le désendettement de la sécurité sociale malgré des hypothèses macroéconomiques revues à la baisse.
- ③ Pour 2019, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB et de la masse salariale privée identiques à la prévision pour 2018

(respectivement 1,7 % et 3,5 %) et une hypothèse d'inflation en léger repli (1,3 %).

- ④ Pour les années 2020 à 2022, les hypothèses du Gouvernement sont basées sur une consolidation de la croissance (avec un PIB qui progresse en volume chaque année de 1,7 %) et une accélération progressive de l'inflation (+1,8 % à partir de 2021), qui aurait à son tour un effet à la hausse sur les salaires se traduisant par une accélération de la masse salariale (+3,7 % en 2022).
- ⑤ Le Haut Conseil des finances publiques a rendu un avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du projet de loi de finances pour 2019 au Conseil des ministres, et considère que ce scénario macroéconomique est crédible pour 2018 et plausible pour 2019.
- ⑥ Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe.

⑦

Principales hypothèses retenues	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
PIB volume .....	1,2 %	2,2 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %
Masse salariale privée.....	2,4 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,7 %	3,8 %	3,7 %
ONDAM .....	1,8 %	2,1 %	2,3 %	2,5 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %
Inflation.....	0,2 %	1,0 %	1,6 %	1,3 %	1,4 %	1,8 %	1,8 %

- ⑧ Cette reprise favorise le redressement financier des régimes de sécurité sociale.
- ⑨ L'amélioration de la conjoncture économique et la maîtrise des dépenses entraînent une réduction significative des déficits sociaux, et permettent d'envisager un retour à l'équilibre de la sécurité sociale dès 2019, après dix-huit années de déficit. Le régime général devrait ainsi être en excédent dès 2018 et l'ensemble constitué par le régime général et le FSV dès l'année suivante. Ces bons résultats tiennent à la fois à la réalisation des économies prévues et au choix fait de compenser à la

sécurité sociale les pertes de recettes qu'elle a supportées du fait de la politique de baisse du coût du travail, dans un contexte où l'État continuera de présenter des déficits conséquents.

- ⑩ Ce contexte de redressement doit être mis à profit afin de préparer l'avenir en consolidant la situation des finances sociales et des finances publiques de manière plus générale.
- ⑪ La trajectoire financière offre tout d'abord la possibilité d'achever le remboursement de la dette sociale dans le respect du terme fixé à 2024 et sans aucune hausse des prélèvements. Il s'agit d'un engagement fort du Gouvernement pour la préservation et la pérennisation de notre système de protection sociale, afin de ne pas faire peser l'effort sur les générations futures. Le remboursement de l'ensemble de la dette transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), jusqu'en 2016 (soit 260 milliards d'euros) est en effet financé et garanti jusqu'à cette date. Il reste toutefois à prévoir le remboursement de la dette non reprise accumulée à l'ACOSS, dont la dette de trésorerie s'élève à près de 27 milliards d'euros.
- ⑫ Or cette dette peut être remboursée sans reporter l'échéance de 2024 ni augmenter les prélèvements obligatoires. Pour ce faire, il est proposé de transférer à compter de 2020, et jusqu'en 2022, 15 milliards d'euros de la dette restant accumulée à l'ACOSS à la CADES, ainsi que les ressources de contribution sociale généralisée (CSG) permettant cet apurement d'ici 2024, soit 1,5 milliard d'euros de CSG supplémentaire à compter de 2020, 2 milliards d'euros supplémentaires l'année suivante, augmentés enfin de 1,5 milliard à compter de 2022 soit au total une affectation de 5 milliards d'euros sur trois ans. Ce transfert des ressources rendues disponibles par les prévisions d'excédents sera réalisé sans aucun impact pour les contribuables.
- ⑬ Ce transfert autorise le maintien à l'équilibre durable de la sécurité sociale tout en permettant de faire évoluer les modalités d'application du principe de compensation intégrale des pertes de recettes de la sécurité sociale, comme le Gouvernement l'a proposé dans le rapport remis au

Parlement en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques 2018-2022. Ce rapport recommande que, pour l'avenir, les baisses de prélèvements obligatoires seront supportées par l'État ou la sécurité sociale, en fonction de l'affectation de ces derniers, sans qu'il soit nécessaire ensuite de procéder à des transferts de compensation dans un sens ou dans l'autre.

- ⑭ Le projet de loi fait application de ce principe, qui conduit à faire une exception à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale pour les pertes de recettes consécutives à l'exonération de cotisations salariales au titre des heures supplémentaires, à l'exonération de forfait social au titre de l'intéressement dans les petites et moyennes entreprises et des mesures en faveur de la participation prévue par la loi relative au plan d'action pour la croissance et la transformation des entreprises (dite loi « PACTE »), à la suppression de la taxe sur les farines et à l'application des réductions de cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie dans les régimes spéciaux.
- ⑮ Les ressources correspondant à ces deux mouvements de désendettement et de partage du coût des exonérations avec le budget de l'État sont réparties entre les branches en fonction de leur capacité contributive.
- ⑯ La trajectoire d'excédents présentée dans le cadre du présent projet de loi tient compte de ces mouvements tout en garantissant l'équilibre durable de la sécurité sociale.

- ⑮ II. – Les mesures du PLFSS 2019 en faveur de la compétitivité se traduisent par des modifications importantes des modalités de financement de la sécurité sociale
- ⑯ 1. Le remplacement du CICE et du CITS par une réduction uniforme des cotisations d'assurance maladie et des allègements généraux renforcés
- ⑰ Conformément aux dispositions votées en PLFSS et PLF pour 2018, le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et le crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) seront remplacés dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 par une exonération renforcée des cotisations sociales comprenant deux volets. Il s'agit, d'une part, d'un allègement uniforme de 6 points des cotisations sociales d'assurance maladie pour l'ensemble des salariés relevant du régime général de sécurité sociale et du régime des salariés agricoles, applicable sur les salaires dans la limite de 2,5 fois le SMIC. À la différence du CICE et du CITS, cet allègement bénéficiera à tous les employeurs dans des conditions identiques, qu'ils soient ou non assujettis à l'impôt sur les sociétés ou à la taxe sur les salaires.
- ⑱ D'autre part, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2019, ces allègements généraux de cotisations sociales seront renforcés au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi. Ces allègements généraux porteront également sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Ainsi, au niveau du SMIC, plus aucune cotisation ou contribution sociale, payée habituellement par toutes les entreprises, ne sera due, à la seule exception de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour la part correspondant à la sinistralité des entreprises.
- ⑳ 2. La rationalisation des dispositifs d'exonération spécifiques
- ㉑ Ce renforcement très significatif pour la grande majorité des entreprises appelle par ailleurs un réexamen des dispositifs d'exonérations ciblées et spécifiques en vue d'une révision ou d'une extinction de ces dispositifs.

- ②④ Ainsi, les contrats de formation en alternance (hors contrats dans le secteur public), les structures d'insertion par l'activité économique (associations intermédiaires et ateliers et chantiers d'insertion) ainsi que les contrats uniques d'insertion (à l'exception des contrats au sein des employeurs publics) bénéficient désormais des allègements généraux, plus favorables que les dispositifs existants.
- ②⑤ Le dispositif spécifique applicable à l'outre-mer est quant à lui recentré et simplifié, conformément aux recommandations fixées par le livre bleu des outre-mer, en renforçant le niveau des exonérations pour les plus bas salaires et en réduisant le nombre de barèmes d'exonération de 6 à 4.
- ②⑥ L'exonération applicable aux aides à domicile auprès d'une personne fragile employées par un organisme prestataire, actuellement indépendante du niveau de rémunération, sera rationalisée ~~à coût inchangé pour les finances publiques~~, avec la mise en place d'un barème dégressif permettant de renforcer les effets incitatifs en faveur de l'emploi et une exonération totale jusqu'à 1,1 fois le SMIC.
- ②⑦ [ ]
- ①⑧ III. – *(Non modifié)*
- ①⑨ IV. – La revalorisation maîtrisée des prestations sociales contribuera à l'équilibre des branches famille et vieillesse sur la période
- ②⑩ La revalorisation différenciée des prestations limitera la progression des dépenses des branches prestataires, et conduira en 2019 à réduire de 1,5 milliard d'euros la progression des dépenses de pensions de retraite à la charge de la branche Vieillesse du régime général.
- ②⑪ Afin de compenser à cette branche le coût de l'exonération des cotisations salariales au titre des heures supplémentaires et complémentaires et de préserver ses recettes, l'assurance vieillesse bénéficiera en contrepartie de l'affectation de ressources aujourd'hui affectées à la branche Famille. Les recettes de la branche Vieillesse seront

toutefois affectées par la réduction du forfait social sur l'intéressement et la participation.

- ② La revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) sera supportée par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Cette mesure forte de solidarité représente un effort estimé à 525 millions d'euros sur trois ans.
- ③ La branche Vieillesse du régime général sera excédentaire, après prise en compte des transferts à l'État et liés au désendettement, sur l'ensemble de la période.
- ④ La branche Famille bénéficiera également en 2019 de l'effet de la revalorisation différenciée des prestations, permettant une économie de 260 millions d'euros. L'évolution du solde en 2019 sera affectée négativement par le transfert d'une partie des recettes de taxe sur les salaires à la branche Vieillesse. Le solde de la branche restera équilibré, après prise en compte des transferts à l'État et liés au désendettement, jusqu'en 2022.

25

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Maladie</b>					
Recettes	<u>210,4</u>	<u>215,7</u>	<u>221,0</u>	<u>225,7</u>	<u>230,6</u>
Dépenses	<u>211,3</u>	<u>216,4</u>	<u>221,0</u>	<u>225,7</u>	<u>230,6</u>
<b>Solde</b>	<b>-0,9</b>	<b>-0,7</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>					
Recettes	<u>12,8</u>	<u>13,3</u>	<u>13,0</u>	<u>13,2</u>	<u>13,4</u>
Dépenses	<u>12,0</u>	<u>12,2</u>	<u>12,2</u>	<u>12,4</u>	<u>12,5</u>
<b>Solde</b>	<b>0,8</b>	<b>1,1</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>	<b>0,8</b>
<b>Famille</b>					
Recettes	<u>50,5</u>	<u>51,4</u>	<u>50,5</u>	<u>51,0</u>	<u>51,9</u>
Dépenses	<u>50,1</u>	<u>50,3</u>	<u>50,5</u>	<u>51,0</u>	<u>52,0</u>
<b>Solde</b>	<b>0,4</b>	<b>1,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>Vieillesse</b>					
Recettes	<u>134,5</u>	<u>137,5</u>	<u>140,8</u>	<u>145,2</u>	<u>150,1</u>
Dépenses	<u>133,7</u>	<u>136,9</u>	<u>140,2</u>	<u>144,9</u>	<u>150,3</u>
<b>Solde</b>	<b>0,8</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>0,3</b>	<b>-0,1</b>
<b>Régime général consolidé</b>					
Recettes	<u>395,2</u>	<u>404,8</u>	<u>412,1</u>	<u>421,6</u>	<u>432,1</u>
Dépenses	<u>394,1</u>	<u>402,7</u>	<u>410,6</u>	<u>420,5</u>	<u>431,5</u>
<b>Solde</b>	<b>1,1</b>	<b>2,1</b>	<b>1,5</b>	<b>1,1</b>	<b>0,7</b>

26

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

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Maladie</b>					
Recettes	<u>211,9</u>	<u>217,3</u>	<u>222,6</u>	<u>227,3</u>	<u>232,2</u>
Dépenses	<u>212,8</u>	<u>218,0</u>	<u>222,6</u>	<u>227,3</u>	<u>232,2</u>
<b>Solde</b>	<b><u>-0,9</u></b>	<b><u>-0,7</u></b>	<b><u>0,0</u></b>	<b><u>0,0</u></b>	<b><u>0,0</u></b>
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>					
Recettes	<u>14,2</u>	<u>14,7</u>	<u>14,4</u>	<u>14,7</u>	<u>14,8</u>
Dépenses	<u>13,3</u>	<u>13,5</u>	<u>13,6</u>	<u>13,8</u>	<u>14,0</u>
<b>Solde</b>	<b><u>0,9</u></b>	<b><u>1,2</u></b>	<b><u>0,9</u></b>	<b><u>0,9</u></b>	<b><u>0,9</u></b>
<b>Famille</b>					
Recettes	<u>50,5</u>	<u>51,4</u>	<u>50,5</u>	<u>51,0</u>	<u>51,9</u>
Dépenses	<u>50,1</u>	<u>50,3</u>	<u>50,5</u>	<u>51,0</u>	<u>52,0</u>
<b>Solde</b>	<b><u>0,4</u></b>	<b><u>1,1</u></b>	<b><u>0,0</u></b>	<b><u>0,0</u></b>	<b><u>0,0</u></b>
<b>Vieillesse</b>					
Recettes	<u>236,9</u>	<u>241,4</u>	<u>246,2</u>	<u>252,5</u>	<u>259,5</u>
Dépenses	<u>236,6</u>	<u>241,2</u>	<u>245,7</u>	<u>252,8</u>	<u>260,9</u>
<b>Solde</b>	<b><u>0,4</u></b>	<b><u>0,2</u></b>	<b><u>0,5</u></b>	<b><u>-0,3</u></b>	<b><u>-1,4</u></b>
<b>Régimes obligatoires de base consolidés</b>					
Recettes	<u>499,9</u>	<u>510,9</u>	<u>519,7</u>	<u>531,2</u>	<u>543,9</u>
Dépenses	<u>499,2</u>	<u>509,2</u>	<u>518,3</u>	<u>530,7</u>	<u>544,5</u>
<b>Solde</b>	<b><u>0,7</u></b>	<b><u>1,8</u></b>	<b><u>1,3</u></b>	<b><u>0,5</u></b>	<b><u>-0,6</u></b>

27

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Recettes	<u>16,8</u>	<u>16,5</u>	<u>16,9</u>	<u>17,5</u>	<u>18,1</u>
Dépenses	<u>18,9</u>	<u>18,4</u>	<u>17,8</u>	<u>18,0</u>	<u>18,2</u>
<b>Solde</b>	<b><u>-2,1</u></b>	<b><u>-2,0</u></b>	<b><u>-0,9</u></b>	<b><u>-0,5</u></b>	<b><u>0,0</u></b>

Recettes, dépenses et soldes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Recettes	<u>394,6</u>	<u>404,4</u>	<u>412,6</u>	<u>422,6</u>	<u>433,6</u>
Dépenses	<u>395,7</u>	<u>404,2</u>	<u>412,1</u>	<u>421,9</u>	<u>433,0</u>
<b>Solde</b>	<b><u>-1,0</u></b>	<b><u>0,1</u></b>	<b><u>0,6</u></b>	<b><u>0,6</u></b>	<b><u>0,6</u></b>

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base  
et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Recettes	<u>498,2</u>	<u>509,4</u>	<u>519,2</u>	<u>531,2</u>	<u>544,3</u>
Dépenses	<u>499,6</u>	<u>509,6</u>	<u>518,8</u>	<u>531,1</u>	<u>544,9</u>
<b>Solde</b>	<b><u>-1,4</u></b>	<b><u>-0,2</u></b>	<b><u>0,4</u></b>	<b><u>0,0</u></b>	<b><u>-0,6</u></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**

*(Pour coordination)*

### I. – Régimes obligatoires de base

*(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 .....	<u>74,1</u>	<u>141,1</u>	<u>30,6</u>	<u>14,0</u>	<u>258,0</u>	<u>0,0</u>	<u>258,0</u>
Cotisations prises en charge par l'État .....	<u>2,8</u>	<u>2,6</u>	<u>0,7</u>	<u>0,1</u>	<u>6,2</u>	<u>0,0</u>	<u>6,2</u>
Cotisations fictives d'employeur .....	<u>0,5</u>	<u>40,9</u>	<u>0,0</u>	<u>0,3</u>	<u>41,7</u>	<u>0,0</u>	<u>41,7</u>
Contribution sociale généralisée .....	<u>73,1</u>	<u>0,0</u>	<u>12,0</u>	<u>0,0</u>	<u>84,7</u>	<u>16,8</u>	<u>101,5</u>
Impôts, taxes et autres contributions sociales .....	<u>60,6</u>	<u>20,7</u>	<u>7,7</u>	<u>0,0</u>	<u>89,0</u>	<u>0,0</u>	<u>89,0</u>
Charges liées au non-recouvrement .....	<u>-1,3</u>	<u>-1,1</u>	<u>-0,5</u>	<u>-0,2</u>	<u>-3,2</u>	<u>-0,3</u>	<u>-3,5</u>
Transferts .....	<u>2,9</u>	<u>36,6</u>	<u>0,2</u>	<u>0,1</u>	<u>28,1</u>	<u>0,0</u>	<u>10,1</u>
Produits financiers .....	<u>0,0</u>	<u>0,1</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,1</u>	<u>0,0</u>	<u>0,1</u>
Autres produits .....	<u>4,6</u>	<u>0,5</u>	<u>0,8</u>	<u>0,5</u>	<u>6,4</u>	<u>0,0</u>	<u>6,4</u>
<b>Recettes .....</b>	<b><u>217,3</u></b>	<b><u>241,4</u></b>	<b><u>51,4</u></b>	<b><u>14,7</u></b>	<b><u>510,9</u></b>	<b><u>16,5</u></b>	<b><u>509,4</u></b>

## II. – Régime général

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies profession- nelles	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives .....	<u>73,3</u>	<u>90,8</u>	<u>30,6</u>	<u>13,0</u>	<u>206,0</u>	<u>0,0</u>	<u>206,0</u>
Cotisations prises en charge par l'Etat .....	<u>2,8</u>	<u>2,3</u>	<u>0,7</u>	<u>0,0</u>	<u>5,8</u>	<u>0,0</u>	<u>5,8</u>
Cotisations fictives d'employeur .....	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>
Contribution sociale généralisée .....	<u>73,1</u>	<u>0,0</u>	<u>12,0</u>	<u>0,0</u>	<u>84,7</u>	<u>16,8</u>	<u>101,5</u>
Impôts, taxes et autres contributions sociales.....	<u>60,6</u>	<u>16,3</u>	<u>7,7</u>	<u>0,0</u>	<u>84,6</u>	<u>0,0</u>	<u>84,6</u>
Charges liées au non-recouvrement .....	<u>-1,3</u>	<u>-1,0</u>	<u>-0,5</u>	<u>-0,2</u>	<u>-3,1</u>	<u>-0,3</u>	<u>-3,4</u>
Transferts.....	<u>2,9</u>	<u>28,9</u>	<u>0,2</u>	<u>0,0</u>	<u>20,9</u>	<u>0,0</u>	<u>4,0</u>
Produits financiers.....	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>
Autres produits.....	<u>4,3</u>	<u>0,3</u>	<u>0,8</u>	<u>0,4</u>	<u>5,8</u>	<u>0,0</u>	<u>5,8</u>
<b>Recettes.....</b>	<b><u>215,7</u></b>	<b><u>137,5</u></b>	<b><u>51,4</u></b>	<b><u>13,3</u></b>	<b><u>404,8</u></b>	<b><u>16,5</u></b>	<b><u>404,4</u></b>

## III. – Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives .....	<u>0,0</u>
Cotisations prises en charge par l'État .....	<u>0,0</u>
Cotisations fictives d'employeur .....	<u>0,0</u>
Contribution sociale généralisée.....	<u>16,8</u>
Impôts, taxes et autres contributions sociales.....	<u>0,0</u>

Charges liées au non-recouvrement .....	<u>-0,3</u>
Transferts.....	<u>0,0</u>
Produits financiers.....	<u>0,0</u>
Autres produits.....	<u>0,0</u>
<b>Recettes.....</b>	<b><u>16,5</u></b>

*Vu pour être annexé au projet de loi  
adopté par l'Assemblée nationale le 28 novembre 2018.*

*Le Président,*

*Signé : RICHARD FERRAND*

Version provisoire