

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XIV^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

Séance(s) du lundi 30 novembre 2015

Articles, amendements et annexes



SOMMAIRE

71^e séance

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	3
--	---

72^e séance

PLFR POUR 2015	35
----------------------	----

71^e séance

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

Texte du projet de loi – n° 3283

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014

.....

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015

.....

Article 4

I. – Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « et L. 162-18 » est remplacée, deux fois, par les références : « , L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, pour lesquels le chiffre d'affaires, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ; »

c) Au 2°, après le mot : « qui », sont insérés les mots : « , au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, » ;

2° L'article L. 138-11 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « et L. 162-18 » est remplacée par les références : « , L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « fixé », sont insérés les mots : « , au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, » ;

3° L'article L. 138-13 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « l'ensemble » sont remplacés par les mots : « au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre » ;

– à la fin de la seconde phrase, les mots : « de remises » sont remplacés par les mots : « d'une remise » ;

b) Le second alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, après le mot : « versées », sont insérés les mots : « en application de ces accords » ;

– à la seconde phrase, les mots : « les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales » sont remplacés par les mots : « la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale » ;

4° L'article L. 138-14 est ainsi modifié :

a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « ou d'un groupe » sont supprimés ;

5° L'article L. 138-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la date : « 1^{er} juin » est remplacée par la date : « 1^{er} juillet » ;

b) La première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée :

« La fixation du prix ou du tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 entraîne une régularisation du montant total et de la répartition entre les entreprises redevables de la contribution due au titre de l'année précédant la fixation de ce prix ou de ce tarif. » ;

c) Au dernier alinéa, la date : « 1^{er} mars » est remplacée par la date : « 1^{er} avril » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, après les deux occurrences de la référence : « L. 162-16-5-1 », est insérée la référence : « , L. 162-17-5 » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-2, après la référence : « L. 162-16-5-1 », est insérée la référence : « , L. 162-17-5 » ;

8° Au dernier alinéa de l'article L. 138-19-4, les mots : « les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales » sont remplacés par les mots : « la remise qu'elle verse en application de cet accord est supérieure ou égale » ;

9° L'article L. 138-19-5 est ainsi modifié :

a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « ou d'un groupe » sont supprimés.

II. – (*Non modifié*)

III à V. – (*Supprimés*)

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2016

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

Dispositions relatives au pacte de responsabilité et de solidarité et évolutions de certains dispositifs particuliers en découlant

Article 7 bis

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

1° À la seconde phrase du 5° bis du II de l'article L. 136-2, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « cinq » ;

2° À la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 242-1, les mots : « d'un montant supérieur à dix » sont remplacés par les mots : « versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnées à l'article 80 ter du code général des impôts d'un montant supérieur à cinq ».

II (*nouveau*). – Le I est applicable aux indemnités versées au titre d'une rupture du contrat de travail ou d'une cessation forcée notifiée à compter du 1^{er} janvier 2016 ou aux indemnités versées à l'occasion d'une rupture mentionnée à l'article L. 1237-11 du code du travail dont la demande d'homologation a été transmise à compter de cette date. Toutefois, le I du présent article ne s'applique pas aux indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail intervenant dans

le cadre d'un projet établi en application des articles L. 1233-8 et L. 1233-61 du même code et pour lequel la réunion mentionnée à l'article L. 1233-8 ou la première réunion mentionnée aux articles L. 1233-29 ou L. 1233-30 dudit code est intervenue le 31 décembre 2015 au plus tard.

Article 9

I. – L'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le A du III est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la deuxième phrase, le taux : « 40 % » est remplacé par le taux : « 30 % » ;

– à la fin de la même deuxième phrase, les mots : « à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale à la charge de l'employeur » ;

– après le mot : « égale », la fin de la dernière phrase est ainsi rédigée : « au salaire minimum de croissance majoré de 100 % . » ;

b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Pour les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail et 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 60 %, 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 60 %, 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 130 % . » ;

2° Les 1° et 2° du B du même III sont ainsi rédigés :

« 1° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au deuxième alinéa du A en deçà duquel la rémunération est totalement exonérée de cotisations à la charge de l'employeur est égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Le seuil de la rémunération horaire mentionné au même deuxième alinéa du A à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 % ;

« 2° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au dernier alinéa du A en deçà duquel la rémunération est exonérée, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, est égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %. À partir de ce seuil, la part de la rémuné-

ration sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 % . » ;

3° Le IV est ainsi modifié :

a) L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Pour les entreprises mentionnées 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 250 % . » ;

b) Après le mot : « article », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « , la rémunération horaire à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 350 % . » ;

4° Le VIII est ainsi rédigé :

« 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. »

II. – (Non modifié)

Article 9 bis
(Conforme)

Articles 9 ter et 9 quater
(Supprimés)

Article 10 bis
(Supprimé)

CHAPITRE II

**Simplification du recouvrement des cotisations dues
par les entreprises et les travailleurs non salariés**

Article 11

I. – La section 3 du chapitre III du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 133-4-8 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-4-8. – I. – Les redressements opérés dans le cadre d'un contrôle effectué en application des articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime et relatif à l'application des règles liées au

caractère obligatoire et collectif des systèmes de garanties de protection sociale complémentaire mentionné au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code portent sur le montant global des cotisations dues sur les contributions que les employeurs ont versées pour le financement de ces garanties.

« II. – Par dérogation au I du présent article et dans les conditions définies au présent II, l'agent chargé du contrôle réduit le redressement à hauteur d'un montant calculé sur la seule base des sommes faisant défaut ou excédant les contributions nécessaires pour que la couverture du régime revête un caractère obligatoire et collectif, au sens du sixième alinéa de l'article L. 242-1 et des textes pris pour son application, sous réserve que l'employeur reconstitue ces sommes de manière probante.

« Le redressement ainsi réduit est fixé à hauteur :

« 1° D'une fois et demie ces sommes, lorsque le motif du redressement repose sur l'absence de production d'une demande de dispense ou de tout autre document ou justificatif nécessaire à l'appréciation du caractère obligatoire et collectif ;

« 2° De trois fois ces sommes, dans les cas autres que ceux mentionnés au 1° et lorsque le manquement à l'origine du redressement ne révèle pas une méconnaissance d'une particulière gravité des règles prises en application du sixième alinéa de l'article L. 242-1.

« Lorsque le manquement à l'origine du redressement révèle une méconnaissance d'une particulière gravité des règles liées au caractère obligatoire et collectif des systèmes de garanties de protection sociale complémentaire mentionné au même alinéa, l'agent chargé du contrôle en informe l'employeur, en justifiant sa décision dans le cadre de la procédure contradictoire préalable à la fin du contrôle.

« Le montant du redressement ainsi établi par l'agent chargé du contrôle ne peut être supérieur à celui résultant de l'assujettissement de l'ensemble des contributions de l'employeur au financement du régime.

« III. – Le II du présent article n'est pas applicable lorsque le redressement procède d'un cas d'octroi d'avantage personnel ou d'une discrimination, au sens de l'article 1^{er} de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, lorsque l'irrégularité en cause a déjà fait l'objet d'une observation lors d'un précédent contrôle, dans la limite des cinq années civiles qui précèdent l'année où est initié le contrôle, ou lorsqu'est établie au cours de cette période l'une ou l'autre des situations suivantes :

« 1° Une situation de travail dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

« 2° Une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

« 3° Une situation d'abus de droit, défini à l'article L. 243-7-2.

« IV. – Par dérogation à l'article L. 243-1, les employeurs ne peuvent, dans les cas prévus au présent article, demander aux salariés le remboursement des cotisations salariales dues sur les montants donnant lieu à redressement. »

II. – (*Non modifié*)

**Articles 11 bis à 11 quater
(Supprimés)**

Article 12

I. – L'article L. 133–6–2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après la référence : « L. 752–4 », la fin de la seconde phrase du I est supprimée ;

2° Le II est ainsi rédigé :

« II. – Le régime social des indépendants ou, par délégation, les organismes mentionnés aux articles L. 213–1 et L. 752–4 transmettent les données relevant des articles L. 642–1 et L. 723–5 aux organismes mentionnés aux articles L. 641–1 et L. 723–1. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 611–20 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« La Caisse nationale confie le soin d'assurer le calcul, l'encaissement ainsi que le recouvrement amiable et contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213–1 et L. 752–4, qui les effectuent selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement par ces organismes des cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants non agricoles.

« La Caisse nationale du régime social des indépendants et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale adoptent une convention relative aux orientations et aux objectifs de qualité de service associés au recouvrement de ces cotisations, ainsi qu'aux modalités selon lesquelles sont suivies les actions de maîtrise des risques, de contrôle et de lutte contre la fraude.

« Le fonds institué à l'article L. 133–6–6 peut aider au règlement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants appartenant au groupe professionnel des professions libérales. »

III. – Au premier alinéa de l'article L. 652–3 du même code, les mots : « les organismes conventionnés » sont remplacés par les mots : « , par délégation, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213–1 et L. 752–4 ».

IV. – Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes et groupements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 611–20 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, du transfert de la gestion de l'encaissement et du contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213–1 et L. 752–4 du même code, à la date fixée au V du présent article, fait l'objet d'une indemnité si ce préjudice a pour origine les modifications apportées aux règles régissant la délégation de gestion et présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions d'attribution et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

V. – Le présent article s'applique aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret comprise entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018.

.....

Article 14

I. – Le I de l'article L. 133–6–8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de l'article 24 de la loi n° 2014–626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, est ainsi modifié :

1° (*Supprimé*)

1° bis (*nouveau*) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50–0 et 102 *ter* du code général des impôts peuvent demander que leurs cotisations ne soient pas inférieures au montant minimal de cotisations de sécurité sociale fixé : » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Cette demande est adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611–8 du présent code au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle pour laquelle le régime prévu au présent article doit être appliqué ou, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de cette création. Elle s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions.

« Les cotisations et contributions sociales des personnes qui ont effectué la demande mentionnée au deuxième alinéa du présent article sont calculées et recouvrées selon les dispositions prévues aux articles L. 131–6–1 et L. 131–6–2. »

II. – Par dérogation au I du présent article, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50–0 et 102 *ter* du code général des impôts qui relevaient, au 31 décembre 2015, du régime défini à l'article L. 131–6–2 du code de la sécurité sociale continuent de relever de ce régime, sauf demande contraire.

III (*nouveau*). – Le présent article s'applique aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016.

**Article 14 bis
(Conforme)**

Article 14 ter

I à V. – (*Non modifiés*)

VI. – (*Supprimé*)

.....

Article 14 septies

I. – Le 6° du I de l'article 26 de la loi n° 2014–626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises est ainsi rédigé :

« 6° La section 5 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 131-6-3 ainsi rétabli :

« *Art. L. 131-6-3.* – Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisations prévus, pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, au deuxième alinéa des articles L. 612-13 et L. 633-10, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 635-1 et au dernier alinéa de l'article L. 635-5 et, pour les professions libérales, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, aux articles L. 644-1 et L. 644-2 ne sont pas applicables, sous certaines conditions déterminées par décret, aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues par les personnes mentionnées à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 842-1 du présent code. » ; ».

I *bis*, II, II *bis* et III. – (*Non modifiés*)

Article 14 *nonies*
(*Supprimé*)

Article 14 *decies*

Au troisième alinéa de l'article L. 752-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « articles », sont insérées les références : « L. 611-1, L. 611-2, ».

CHAPITRE III

Dispositions relatives aux recettes et à la trésorerie des organismes de sécurité sociale

Article 15

I A et I B. – (*Supprimés*)

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

A. – Après la référence : « L. 242-11 », la fin du dernier alinéa de l'article L. 131-7 est ainsi rédigée : « ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée au premier alinéa de l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3, dans leur rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2016. » ;

B. – L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du deuxième alinéa, le taux : « 53,5 % » est remplacé par le taux : « 61,1 % » ;

b) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 18 % » est remplacé par le taux : « 19,2 % » ;

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

« – à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 17,2 % ;

« – au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 2,5 % ; »

2° Le 7° est ainsi modifié :

a) À la fin du *b*, le taux : « 8,97 % » est remplacé par le taux : « 9,19 % » ;

b) Au *f*, les mots : « , aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau et de la Régie autonome des transports parisiens » sont supprimés et le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,38 % » ;

C. – Le troisième alinéa de l'article L. 135-1 est supprimé ;

D. – L'article L. 135-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 135-2.* – Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse sont retracées dans trois sections distinctes.

« I. – La première section retrace :

« 1° Le financement des allocations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 643-1, au chapitre V du titre I^{er} du livre VIII et à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

« 2° Les sommes représentatives de la prise en compte par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, dans la durée d'assurance :

« a) Des périodes mentionnées aux 1°, 3° et 8° de l'article L. 351-3 ;

« b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 1233-68, L. 5422-1, L. 5423-1, L. 5423-7 et L. 5423-8 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 5123-2 du même code et de la rémunération mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 1233-72 dudit code ;

« c) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné à l'article L. 5123-6 du code du travail ;

« 3° Les sommes correspondant à la prise en compte par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 du présent code ;

« 4° Les dépenses mentionnées au I de l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;

« 5° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;

« 6° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et, selon des modalités de calcul fixées par décret, les sommes représentatives de la prise en compte au titre de la durée d'assurance,

par le régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale mentionné à l'article 5 de cette ordonnance, des périodes définies à l'article 8 de ladite ordonnance ;

« 7° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base, dans le salaire de base mentionné à l'article L. 351-1, des indemnités journalières mentionnées au même article ;

« 8° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail ;

« 9° Le remboursement à la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon des dépenses correspondant à l'application au régime d'assurance vieillesse de cette collectivité, dans les conditions prévues par la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, des avantages non contributifs mentionnés aux 1° à 5°, 7° et 8° du présent I ;

« 10° Le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient.

« Les sommes mentionnées aux 2°, 5° et 7° sont calculées sur une base forfaitaire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« II. – La deuxième section retrace :

« 1° La prise en charge d'une fraction, fixée par décret, qui ne peut être inférieure à 50 %, des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ;

« 2° La prise en charge des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales des majorations de pensions pour conjoint à charge.

« III. – La troisième section retrace le montant, fixé par décret, des versements au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

« IV. – Les frais de gestion administrative du fonds sont répartis entre chacune des sections, dans des conditions fixées par décret. » ;

E. – L'article L. 135-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 135-3. – I. – Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées au I de l'article L. 135-2 sont constituées par :

« 1° Une fraction, fixée au IV *bis* de l'article L. 136-8, du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

« 2° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;

« 3° Le produit du prélèvement mentionné à l'article 1600-0 S du code général des impôts.

« II. – Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées au II de l'article L. 135-2 du présent code sont constituées par :

« 1° Une fraction, fixée au 1° de l'article L. 131-8 du présent code, du produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts ;

« 2° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 du présent code ;

« 3° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

« 4° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail ;

« 5° Les sommes acquises à l'État en application du 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 6° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

« 7° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1710-1785 mégahertz, 1805-1880 mégahertz, 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques.

« III. – Sont retracés au sein de la troisième section du fonds les recettes qui ont été mises en réserve pour le financement des dépenses mentionnées au III de l'article L. 135-2 ainsi que les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.

« Les excédents constatés chaque année au titre de cette section donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants. » ;

F. – Les articles L. 135-3-1 et L. 135-4 sont abrogés ;

G. – L'article L. 136-8 est ainsi modifié :

1° Le IV est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « au I » est remplacée par les références : « aux 1° et 3° du I et aux II et III » ;

b) À la fin du 1°, le taux : « 0,87 % » est remplacé par le taux : « 0,85 % » ;

c) Les 2° et 3° sont abrogés ;

d) Le 4° est ainsi modifié :

– au premier alinéa, les mots : « les conditions fixées à l'article L. 139–1 du présent code » sont remplacés par les mots : « des conditions fixées par décret et en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime » ;

– au *a*, le taux : « 5,20 % » est remplacé par le taux : « 6,05 % » ;

– au *b*, le taux : « 4,80 % » est remplacé par le taux : « 5,75 % » ;

– le *c* est abrogé ;

– au *d*, le taux : « 3,90 % » est remplacé par le taux : « 4,75 % » ;

– au *e*, le taux : « 4,30 % » est remplacé par le taux : « 5,15 % » ;

e) Au 5°, le taux : « 0,48 % » est remplacé par le taux : « 0,60 % » et le taux : « 0,28 % » est remplacé par le taux : « 0,30 % » ;

2° Après le IV, il est inséré un IV *bis* ainsi rédigé :

« IV *bis*. – Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé :

« 1° Au fonds mentionné à l'article L. 135–1, pour la part correspondant à un taux de 7,6 % ;

« 2° À la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 %. » ;

3° Le V est ainsi modifié :

a) Les 2° et 3° sont abrogés ;

b) Le 4° est ainsi rédigé :

« 4° À la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour 82 %. » ;

H. – L'article L. 137–17 est ainsi rédigé :

« Art. L. 137–17. – Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137–15 est versé à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. » ;

I. – Le 5° de l'article L. 223–1 est ainsi rédigé :

« 5° De rembourser les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ; »

J. – Le II de l'article L. 245–16 est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est supprimé ;

2° À la fin du troisième alinéa, les mots : « d'assurance vieillesse des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « de solidarité pour l'autonomie » ;

3° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« – une part correspondant à un taux de 3,35 % au fonds mentionné à l'article L. 135–1. » ;

K. – L'article L. 651–2–1 est ainsi modifié :

1° À la fin du 1°, le taux : « 13,3 % » est remplacé par le taux : « 27,3 % » ;

2° Le 3° est abrogé.

II. – (*Non modifié*)

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

A. – L'article L. 14–10–4 est ainsi modifié :

1° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Une fraction, fixée à l'article L. 245–16 du code de la sécurité sociale, des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245–14 et L. 245–15 du même code ; »

2° Le 4° est abrogé ;

B. – L'article L. 14–10–5 est ainsi modifié :

1° Le *a bis* des 1 et 2 du I est abrogé ;

2° Au *a* du II, les mots : « , le produit mentionné au 4° du même article » et les mots : « de la contribution sociale généralisée » sont supprimés ;

3° Le dernier alinéa du III est supprimé ;

4° Les *a bis* et *b bis* du V sont abrogés ;

5° (*Supprimé*)

IV et V. – (*Non modifiés*)

VI. – L'article 2 de l'ordonnance n° 2015–896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint–Pierre–et–Miquelon est abrogé.

VII. – L'article L. 131–7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux articles 135, 149 et 171 de la loi n° 2015–990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques.

VII *bis*. – Les I et II de l'article 87 de la loi n° 2014–1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 sont abrogés.

VII *ter* et VIII. – (*Non modifiés*)

IX à XI. – (*Supprimés*)

.....

CHAPITRE IV

Dispositions relatives à l'architecture financière
de la sécurité socialeArticles 18 A et 18 B
(Conformes)

Article 18

I. – À compter d'une date fixée par décret, comprise entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018 inclus :

1° Les salariés et anciens salariés du grand port maritime de Bordeaux ainsi que leurs ayants droit sont, pour les risques maladie, maternité et décès antérieurement couverts par le régime spécial du grand port maritime de Bordeaux, affiliés ou pris en charge, à l'exception des prestations en espèces prévues aux articles L. 321-1 et L. 331-3 du code de la sécurité sociale, par le régime général de la sécurité sociale, dans la limite des règles qui lui sont propres. Le premier alinéa de l'article L. 131-9 du même code leur est applicable ;

2° Il est mis fin au régime spécial mentionné au 1°. Le montant de ses résultats cumulés qui est transféré à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget compte tenu, après examen contradictoire, de la part des résultats cumulés afférente au régime obligatoire constatée au 31 décembre de l'année précédant la date mentionnée au premier alinéa du présent I.

II. – (Non modifié)

Article 19

I. – Après le 32° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, sont insérés des 33° et 34° ainsi rédigés :

« 33° Les gens de mer salariés définis au 4° de l'article L. 5511-1 du code des transports, à l'exclusion des marins définis au 3° du même article, qui remplissent les conditions prévues au 2° de l'article L. 5551-1 du même code ;

« 34° Les gens de mer salariés employés à bord d'un navire mentionné à l'article L. 5561-1 du code des transports, sous réserve qu'ils ne soient soumis ni au régime spécial de sécurité sociale des marins ni au régime de protection sociale d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France. »

II (nouveau). – L'article L. 5551-1 du code des transports est ainsi rédigé :

« Art. L. 5551-1. – Sont affiliés au régime d'assurance vieillesse des marins, lorsqu'ils exercent une activité directement liée à l'exploitation du navire, au sens de l'article L. 5511-1 :

« 1° Les gens de mer embarqués sur un navire battant pavillon français et exerçant leur activité dans les secteurs du commerce, de la pêche et des cultures marines et de la plaisance professionnelle ;

« 2° Dans le respect de la convention du travail maritime, adoptée à Genève le 7 février 2006, les gens de mer embarqués sur un navire battant pavillon d'un État étranger autre qu'un navire mentionné à l'article L. 5561-1 et qui résident en France de manière stable et régulière, sous réserve qu'ils ne soient pas soumis à la législation de sécurité sociale d'un État étranger en application des règlements de l'Union européenne ou d'accords internationaux de sécurité sociale.

« Les conditions d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. »

III (nouveau). – Les I et II du présent article, à l'exception du 34° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2017.

Article 20

I. – (Non modifié)

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

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

1° Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :

« 1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. À ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ; »

2° (nouveau) Le 8° est abrogé ;

B. – La section 1 du chapitre I^{er} du titre IV est ainsi modifiée :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Maladie, maternité, invalidité, décès » ;

2° La division et l'intitulé de la sous-section 1 sont supprimés ;

3° L'article L. 241-1 est abrogé ;

4° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par six alinéas ainsi rédigés :

« I. – La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1, des prestations mentionnées aux titres II à IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées aux II à IV du présent article centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations.

« II. – Les ressources mentionnées au I sont constituées de cotisations acquittées, dans chacun des régimes :

« 1° Par les salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que par leurs employeurs. Ces cotisations sont assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ;

« 2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ;

« 3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380–2 et L. 380–3–1.

« III. – Les ressources mentionnées au I du présent article sont constituées, en outre, de cotisations assises sur : » ;

b) Le quatrième alinéa est supprimé ;

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

d) Le 8° est ainsi rédigé :

« 8° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862–4 ; »

e) Il est ajouté un 9° ainsi rédigé :

« 9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136–8. » ;

4° *bis* Au 1° de l'article L. 242–10, les références : « du deuxième alinéa de l'article L. 241–2, des articles L. 241–3, L. 241–6 » sont remplacées par la référence : « des articles L. 242–4–4 » ;

5° La sous-section 2 devient la section 1 *bis* et son intitulé est ainsi rédigé : « Vieillesse – Veuvage ».

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

A. – L'article L. 380–1 est abrogé ;

B. – L'article L. 380–2 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les personnes mentionnées à l'article L. 160–1 sont redevables d'une cotisation annuelle lorsqu'elles remplissent les conditions suivantes :

« 1° Leurs revenus tirés, au cours de l'année considérée, d'activités professionnelles exercées en France sont inférieurs à un seuil fixé par décret. En outre, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, les revenus tirés d'activités professionnelles exercées en France de l'autre membre du couple sont également inférieurs à ce seuil ;

« 2° Elles n'ont perçu ni pension de retraite, ni rente, ni aucun montant d'allocation de chômage au cours de l'année considérée. Il en est de même, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, pour l'autre membre du couple. » ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « revenus », sont insérés les mots : « fonciers, de capitaux mobiliers, des plus-values de cession à titre onéreux de biens ou de droits de toute nature, des bénéficiaires industriels et commerciaux non professionnels et des bénéficiaires des professions non commerciales non professionnels » et les mots : « le plafond mentionné au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « un plafond fixé par décret » ;

3° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les revenus d'activité mentionnés au 1° sont inférieurs au seuil défini au même 1° mais supérieurs à la moitié de ce seuil, l'assiette de la cotisation fait l'objet d'un abattement dans des conditions fixées par décret. Cet abattement croît à proportion des revenus d'activité, pour atteindre 100 % à hauteur du seuil défini audit 1°. » ;

4° Au troisième alinéa, après le mot : « recouvrée », sont insérés les mots : « l'année qui suit l'année considérée, mentionnée aux 1° et 2° du présent article, » ;

5° Les quatrième et avant-dernier alinéas sont supprimés ;

6° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes mentionnés aux articles L. 213–1 et L. 752–2 les informations nominatives déclarées pour l'établissement de l'impôt sur le revenu par les personnes remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 380–2, conformément à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales. » ;

C. – À la fin du premier alinéa de l'article L. 380–3–1, la référence : « L. 380–1 » est remplacée par la référence : « L. 160–1 » ;

D. – L'article L. 381–4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 381–4. – La présente section est applicable aux élèves et aux étudiants des établissements d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et des classes du second degré préparatoires à ces écoles qui ne dépassent pas un âge limite fixé par décret. » ;

E. – L'article L. 381–8 est ainsi rédigé :

« Art. L. 381–8. – Les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381–4 sont redevables, au titre de chaque période annuelle dont les dates sont fixées par décret, d'une cotisation forfaitaire dont le montant est fixé par arrêté interministériel et est revalorisé annuellement par application du coefficient mentionné à l'article L. 161–25, après consultation des associations d'étudiants.

« Ils ne sont pas redevables de la cotisation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 380–2.

« Sont exonérés de la cotisation prévue au premier alinéa du présent article les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381–4 qui satisfont à l'un des critères suivants :

« 1° Être titulaire d'une bourse de l'enseignement supérieur ;

« 2° Être âgé de moins de vingt ans sur la totalité de la période mentionnée au premier alinéa du présent article ;

« 3° Exercer une activité professionnelle. »

III bis à X. – (Non modifiés)

CHAPITRE V

Dispositions contribuant à l'organisation et au financement de l'assurance maladie

Article 21

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

1° Le chapitre IV devient le chapitre V et l'article L. 864-1 devient l'article L. 865-1 ;

2° Il est rétabli un chapitre IV ainsi rédigé :

« CHAPITRE IV

« Dispositions relatives à la couverture complémentaire santé des personnes âgées de soixante-cinq ans et plus

« Art. L. 864-1. – Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 les contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, les contrats collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé, labellisés en application de l'article L. 864-2 et qui sont souscrits par des personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans auprès d'un des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4.

« L'octroi du label vise à identifier des contrats offrant, à des prix accessibles, des garanties adaptées à la situation des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article.

« Le montant annuel du crédit d'impôt est égal à 1 % des primes, hors taxes, acquittées par les personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. Les modalités d'imputation de ce crédit d'impôt, dont le montant ne peut dépasser, pour chaque échéance, celui de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4, sont définies par décret en Conseil d'État.

« Le crédit d'impôt prévu au présent article n'est pas cumulable avec le bénéfice des articles L. 861-1 et L. 863-1.

« Art. L. 864-2. – Bénéficiaire d'un label les contrats souscrits par des personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans auprès d'un des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4, lorsque ces contrats :

« 1° Proposent des garanties au moins équivalentes à des niveaux déterminés pour un prix, hors taxes, inférieur à des seuils fixés, en fonction de l'âge des assurés et du niveau des garanties proposées. Ces niveaux de garanties et ces seuils de prix sont fixés par décret, pris après consultation de l'Autorité de la concurrence et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;

« 2° Respectent les conditions fixées à l'article L. 871-1.

« La liste des contrats respectant les critères mentionnés aux trois premiers alinéas du présent article est rendue publique, dans des conditions et délais fixés par décret en

Conseil d'État, après transmission à l'autorité compétente, par les organismes proposant ces contrats, des éléments permettant de justifier du respect de ces mêmes critères.

« Les seuils mentionnés au 1° sont revalorisés annuellement en fonction de l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année antérieure.

« Les organismes proposant des contrats mentionnés au premier alinéa sont tenus de transmettre à l'autorité compétente les modifications apportées à ces contrats et, au moins annuellement, leurs prix.

« Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du présent article, notamment le délai dans lequel interviennent les consultations mentionnées au 1°, ainsi que le nombre de niveaux de garanties mentionnés au même 1°. » ;

3° (*nouveau*) Au premier alinéa de l'article L. 862-1, les mots : « du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 » sont remplacés par les mots : « des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1 » ;

4° (*nouveau*) Au *b* de l'article L. 862-2, les mots : « gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1 ».

II. – Les articles L. 862-1, L. 862-2, L. 864-1 et L. 864-2 du code de la sécurité sociale, tels qu'ils résultent du I, s'appliquent aux contrats prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2017.

Article 21 bis (Supprimé)

Article 22

I. – (Non modifié)

II. – L'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du I, la référence : « au II » est remplacée par les références : « aux II et III » ;

2° Le II est ainsi modifié :

aa) Au 1°, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

a) La deuxième phrase du cinquième alinéa est supprimée ;

b) La dernière phrase du même cinquième alinéa devient le IV et, au début, le mot : « II » est remplacé par les mots : « Un décret » ;

c) Le dernier alinéa est ainsi modifié :

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

– à la fin de la première phrase, les mots : « cette couverture » sont remplacés par les mots : « la couverture collective à adhésion obligatoire des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident » ;

– la seconde phrase est supprimée ;

d) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission peuvent se dispenser, à leur initiative, de l’obligation d’affiliation si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à un seuil fixé par décret et s’ils justifient bénéficier d’une couverture respectant les conditions fixées à l’article L. 871-1. Cette durée s’apprécie à compter de la date de prise d’effet du contrat de travail et sans prise en compte de l’application, le cas échéant, de l’article L. 911-8.

« Un décret fixe, en outre, les catégories de salariés pouvant se dispenser, à leur initiative, de l’obligation de couverture, eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu’ils disposent par ailleurs d’une couverture complémentaire. »

III. – Après le même article L. 911-7, il est inséré un article L. 911-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 911-7-1. – I. – La couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés en contrat à durée déterminée, en contrat de mission ou à temps partiel mentionnés au présent article est assurée, dans les cas prévus aux II et III, par le biais d’un versement, par leur employeur, d’une somme représentative du financement résultant de l’application des articles L. 911-7 et L. 911-8, et qui s’y substitue alors.

« II. – Ce versement est conditionné à la couverture de l’intéressé par un contrat d’assurance maladie complémentaire portant sur la période concernée et respectant les conditions fixées à l’article L. 871-1. Le salarié justifie de cette couverture. Ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice d’une couverture complémentaire au titre de l’article L. 861-3, d’une aide à l’acquisition d’une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l’article L. 863-1, d’une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu’ayant droit, ou d’une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d’une collectivité publique.

« Un décret détermine les modalités selon lesquelles est fixé le montant de ce versement, en fonction du financement mis en œuvre en application des articles L. 911-7 et L. 911-8, de la durée du contrat et de la durée de travail prévue par celui-ci.

« III. – Un accord de branche peut prévoir que l’obligation de couverture des risques mentionnée au I du présent article et, le cas échéant, l’obligation mentionnée à l’article L. 911-8 sont assurées selon les seules modalités mentionnées au II du présent article pour les salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par celui-ci est inférieure à des seuils fixés par cet accord, dans la limite de plafonds fixés par décret.

« En l’absence d’accord de branche relatif à la couverture mentionnée au I de l’article L. 911-7 ou lorsque celui-ci le permet, un accord d’entreprise peut également comporter les dispositions mentionnées au premier alinéa du présent III.

« III bis (nouveau). – Les salariés ayant fait valoir la faculté de dispense prévue au deuxième alinéa du III de l’article L. 911-7 ont droit au versement mentionné au I du présent article.

« IV. – (Supprimé) »

IV et V. – (Non modifiés)

.....

Article 24

I. – Pour l’année 2016, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 700 millions d’euros et le taux L mentionné aux articles L. 138-10 et L. 138-12 du même code est fixé à -1 %.

II. – (Supprimé)

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L’ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

.....

Article 26

Pour l’année 2016, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l’état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d’équilibre, par branche, de l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d’euros)			
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	194,9	201,1	-6,2
Vieillesse	228,7	227,8	0,9
Famille	48,8	49,6	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,0	13,4	0,6

Toutes branches (hors transferts entre branches)	472,8	478,3	-5,6
--	-------	-------	------

Article 26 bis
(Supprimé)

Article 27

Pour l'année 2016, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

(En milliards d'euros)			
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	171,7	177,9	-6,2
Vieillesse	123,6	123,1	0,5
Famille	48,8	49,6	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,5	12,0	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	344,0	350,0	-6,0

Article 28

I. – Pour l'année 2016, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)			
	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,4	20,1	-3,7

II à IV. – (Non modifiés)

.....

Article 30

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2016 à 2019), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR
L'EXERCICE 2016

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES
À LA BRANCHE FAMILLE

.....

Article 33 bis
(Supprimé)

Article 34

Pour l'année 2016, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,6 milliards d'euros.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES
À LA BRANCHE VIEILLESSE**Article 36**

Pour l'année 2016, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 227,8 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 123,1 milliards d'euros.

Article 36 bis A
(Supprimé)**Articles 36 sexies A et 36 sexies**
(Conformes)

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE
ACCIDENTS DU TRAVAIL
ET MALADIES PROFESSIONNELLES**Article 38**

Pour l'année 2016, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,4 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,0 milliards d'euros.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

CHAPITRE I^{ER}

Amélioration de l'accès aux droits

Article 39

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

1° L'article L. 111-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 111-1. – La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

« Elle assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille.

« Elle garantit les travailleurs contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés à un ou plusieurs régimes obligatoires.

« Elle assure la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre du présent code, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens. » ;

2° Le I de l'article L. 111-2-1 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« I. – La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale.

« La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection. » ;

b) (Supprimé)

3° L'article L. 111-2-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 111-2-2. – Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quel que soit leur lieu de résidence, toutes les personnes :

« 1° Qui exercent sur le territoire français :

« a) Une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France ;

« b) Une activité professionnelle non salariée ;

« 2° Qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales. » ;

4° Il est ajouté un article L. 111-2-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 111-2-3. – Un décret en Conseil d'État précise, sans préjudice des règles particulières applicables au service des prestations ou des allocations, les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour mentionnées à l'article L. 111-1. »

II. – (Non modifié)

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

1° Au début du titre VI du livre I^{er}, il est ajouté un chapitre préliminaire intitulé : « Dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé » ;

2° Au même chapitre préliminaire, est insérée une section 1 intitulée : « Dispositions relatives aux bénéficiaires » et comprenant les articles L. 160-1 à L. 160-7, tels qu'ils résultent des 3° à 6° du présent III ;

3° À la même section 1, sont insérés des articles L. 160-1 à L. 160-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 160-1.* – Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées au présent livre.

« L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence en France sont appréciées selon les règles prévues, respectivement, aux articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3.

« *Art. L. 160-2.* – Par dérogation à l'article L. 160-1, bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé en tant qu'ayants droit d'un assuré social les enfants n'exerçant pas d'activité professionnelle qui sont à sa charge, à condition que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie ou qu'ils soient pupilles de la Nation dont l'assuré est tuteur ou enfants recueillis.

« Le statut d'ayant droit prend fin dans l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de sa majorité, à la date du premier jour de la période mentionnée à l'article L. 381-8, que l'enfant poursuive ou non des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4.

« L'enfant qui a atteint l'âge de seize ans peut demander, selon des modalités fixées par décret, à bénéficier, à titre personnel, de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

« L'enfant qui, ayant atteint l'âge de seize ans, poursuit des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés au même article L. 381-4 bénéficie automatiquement de la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel.

« Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie ou de maternité.

« *Art. L. 160-3.* – Lorsqu'ils résident à l'étranger et n'exercent pas d'activité professionnelle, bénéficient, lors de leurs séjours temporaires en France, de la prise en charge de leurs frais de santé prévue à l'article L. 160-1, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit à cette prise en charge ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 161-22-2 :

« 1° Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse ou d'une pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français ;

« 2° Les titulaires d'une rente ou d'une allocation allouée en application de dispositions législatives sur les accidents du travail et les maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles ;

« 3° Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français ;

« 4° Les personnes mentionnées à l'article L. 117-3 du code de l'action sociale et des familles.

« En cas d'hospitalisation, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Lorsque la prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent article est prévue par les règlements européens ou les accords internationaux, elle est étendue, dans les conditions prévues par ces règlements ou accords, aux soins de santé reçus à l'étranger par les titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnés aux 1° à 4°.

« *Art. L. 160-4.* – Bénéficient également de la prise en charge des frais de santé lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle en France :

« 1° Les membres de la famille qui accompagnent les travailleurs détachés temporairement à l'étranger depuis la France pour y exercer une activité professionnelle et qui sont exemptés d'affiliation au régime de sécurité sociale de l'État de détachement en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;

« 2° Les membres de la famille à la charge d'un assuré du régime de sécurité sociale français qui ne résident pas en France et bénéficient d'une telle prise en charge en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;

« 3° Les membres du personnel diplomatique et consulaire ou les fonctionnaires de la République française et les personnes assimilées en poste à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent. » ;

4° L'article L. 161-2-1 devient l'article L. 160-5 et est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret, ne pas bénéficier de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 bénéficie de cette prise en charge auprès de cette caisse dès qu'elle justifie de son identité et de sa résidence stable et régulière. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

5° L'article L. 380-3 devient l'article L. 160-6 et est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« L'article L. 160-1 ne s'applique pas aux personnes suivantes si elles n'exercent pas une activité professionnelle complémentaire en France : » ;

b) Le 3° est ainsi rétabli :

« 3° Les personnes titulaires d'une pension étrangère qui ne bénéficient pas par ailleurs d'un avantage viager d'un régime obligatoire de sécurité sociale français lorsque, en application d'un règlement européen ou d'un accord inter-

national, la prise en charge de leurs frais de santé ainsi que de ceux des membres de leur famille qui résident avec elles relève du régime étranger qui sert la pension ; »

c) Après le mot : « règlement », la fin du 5° est ainsi rédigée : « européen, les membres de leur famille qui les accompagnent ou toute autre personne relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État en raison de son activité professionnelle, ainsi que les membres de la famille de cette personne qui résident avec elle de manière stable et régulière en France ; »

d) Au 6°, les mots : « la Communauté » sont remplacés par les mots : « l'Union » et, après le mot : « européen », sont insérés les mots : « ou de la Confédération suisse » ;

6° L'article L. 332-3 devient l'article L. 160-7 et est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « et des règlements internationaux » sont remplacés par les mots : « internationales et règlements européens », les mots : « à leurs ayants droit » sont remplacés par les mots : « aux personnes mentionnées à l'article L. 160-2 » et les mots : « correspondantes des assurances » sont remplacés par les mots : « en cas de » ;

b) Le second alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « ses ayants droit » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées à l'article L. 160-2 » et, après le mot : « européen », sont insérés les mots : « ou de la Confédération suisse » ;

– les deux dernières phrases sont supprimées ;

7° Au chapitre préliminaire du titre VI du livre I^{er}, tel qu'il résulte du 1° du présent III, est insérée une section 2 intitulée : « Dispositions relatives aux prestations » et comprenant les articles L. 160-8 à L. 160-12, tels qu'ils résultent des 8° à 12° du présent III ;

8° À la même section 2, il est inséré un article L. 160-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 160-8.* – La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte :

« 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

« 2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'État ;

« 3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés aux 2° et 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

« 4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre I^{er} du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;

« 5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

« 6° La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du même code. » ;

9° L'article L. 331-2 devient l'article L. 160-9 et est ainsi modifié :

a) Au début des premier et deuxième alinéas, les mots : « L'assurance maternité » sont remplacés par les mots : « La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'assuré et ses ayants droit ne supportent aucune participation aux frais prévus au présent article. » ;

10° L'article L. 322-1 devient l'article L. 160-10 et est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « la caisse primaire d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « les organismes servant les prestations » ;

b) À la seconde phrase du même premier alinéa, les mots : « remboursée soit directement à l'assuré ou aux ayants droit mentionnés à la deuxième phrase de l'article L. 161-14-1, » sont remplacés par les mots : « versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou elle est remboursée soit directement à l'assuré, » ;

11° Après l'article L. 160-10, tel qu'il résulte du 10° du présent III, il est inséré un article L. 160-11 ainsi rédigé :

« *Art. L. 160-11.* – L'action de l'assuré pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations. Pour le paiement des prestations de l'assurance maternité, elle se prescrit par deux ans à compter de la date de la première constatation médicale de la grossesse.

« L'action des ayants droit de l'assuré pour le paiement du capital prévu à l'article L. 361-1 se prescrit par deux ans à compter du jour du décès.

« Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration. » ;

12° L'article L. 322-7 devient l'article L. 160-12 et, au premier alinéa, les mots : « en nature » sont supprimés et les références : « 1°, 2°, 3°, 4°, 6° et 7° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par les références : « 1° à 6° de l'article L. 160-8 » ;

13° Au chapitre préliminaire du titre VI du livre I^{er}, tel qu'il résulte du 1° du présent III, est insérée une section 3 intitulée : « Participation de l'assuré social » et comprenant les articles L. 160-13 à L. 160-16, tels qu'ils résultent des 14° à 17° du présent III ;

14° L'article L. 322-2 devient l'article L. 160-13 et, à la première phrase du premier alinéa du I et au 3° du III, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

15° L'article L. 322-3 devient l'article L. 160-14 et est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

b) Aux 6°, 16°, 17°, 19° et 20°, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

c) Au 13°, les mots : « bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4 » sont remplacés par les mots : « titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des articles L. 341-15 » ;

d) Au 14°, les mots : « ayants droit des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux » ;

d bis) Au 16°, la référence : « 6° » est remplacée par la référence : « 5° » ;

e) Au 17°, la référence : « 9° » est remplacée par la référence : « 6° » ;

16° L'article L. 322-4 devient l'article L. 160-15 et est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « ses ayants droit mineurs » sont remplacés par les mots : « les mineurs » ;

b) Au premier alinéa et à la fin du second alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

17° L'article L. 322-8 devient l'article L. 160-16 et est ainsi modifié :

a) Les mots : « assurés et leurs ayants droit » sont remplacés par le mot : « personnes » ;

b) Les mots : « gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées » sont remplacés par les mots : « prise en charge intégrale des frais de santé dans les conditions prévues » ;

18° Le chapitre préliminaire du titre VI du livre I^{er}, tel qu'il résulte du 1° du présent III, est complété par une section 4 ainsi rédigée :

« Section 4

« Dispositions relatives à l'organisation et au service des prestations

« Art. L. 160-17. – La prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 est effectuée, pour les personnes exerçant une activité professionnelle, par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires auxquels elles sont affiliées pour le service des prestations d'assurances sociales, dans des conditions définies par décret. Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles ces organismes prennent en charge les frais de santé des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle.

« Ce décret précise en outre les modalités selon lesquelles les personnes qui ne sont pas affiliées à titre professionnel peuvent demander à être gérées par l'organisme dont relève leur conjoint, la personne à laquelle elles sont liées par un pacte civil de solidarité ou leur concubin.

« Les mutuelles ou groupements de mutuelles régis par le code de la mutualité sont habilités à réaliser des opérations de gestion pour la prise en charge des frais de santé des assurés mentionnés aux articles L. 381-4, L. 712-1 et L. 712-2. Pour les assurés mentionnés à l'article L. 613-1, les mêmes organismes ainsi que les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires et les assureurs ou groupements d'assureurs régis par le code des assurances reçoivent délégation pour l'exécution, en tout ou partie, d'opérations de gestion.

« Les organismes bénéficiant d'une délégation de gestion concluent une convention avec les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires. Les conventions concernant les opérations de gestion des prestations versées aux assurés mentionnés à l'article L. 613-1 sont conclues au niveau national entre la caisse nationale et les organes nationaux représentant les organismes mentionnés au troisième alinéa du présent article. La mise en œuvre de la convention nationale fait l'objet de contrats locaux entre les organes nationaux précités et les organismes qui leur sont affiliés.

« Les organismes à qui sont confiées des opérations de gestion reçoivent des caisses d'assurance maladie des remises de gestion en contrepartie des dépenses de fonctionnement exposées pour l'exécution des opérations de gestion.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'organisation, de mise en œuvre et de financement de ces opérations de gestion, notamment dans le cadre de conventions, ainsi que les modalités d'évaluation de leurs résultats. Les conventions précisent, le cas échéant, les conditions dans lesquelles les organismes concernés peuvent participer aux actions portant sur l'accès aux droits et sur la gestion du risque.

« Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles il peut être mis fin à ces opérations de gestion en cas de défaillance rendant impossible la gestion des régimes obligatoires dans des conditions normales. »

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

VIII *bis*. – L'article L. 613–12 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 613–12.* – Les articles L. 160–7 et L. 160–10, le chapitre II du titre VI du livre I^{er} et les articles L. 314–1 et L. 324–1 sont applicables au régime institué par le présent titre selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. »

IX. – A. – Le second alinéa de l'article L. 131–9 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « bénéficient à titre obligatoire de la prise en charge de leurs frais de santé en application de l'article L. 160–1 » ;

2° À la deuxième phrase, les mots : « assurés d'un régime français d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « personnes bénéficiant de la prise en charge de leurs frais de santé en application de l'article L. 160–1 ».

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

1° L'article L. 161–9 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– au début de la première phrase, sont ajoutés les mots : « En cas de reprise du travail, » ;

– les mots : « conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de leur régime d'origine aussi longtemps qu'ils bénéficient de cette prestation ou de ce congé. En cas de reprise du travail, les personnes susmentionnées » sont supprimés ;

– à la seconde phrase, les mots : « en nature et » sont supprimés ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « en nature et » sont supprimés ;

2° Aux deux premiers alinéas de l'article L. 161–9–3, les mots : « en nature et » sont supprimés ;

3° L'article L. 161–15–4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 380–1 » est remplacée par la référence : « L. 160–1 » ;

b) À la fin du second alinéa, la référence : « L. 162–1–14 » est remplacée par la référence : « L. 114–17–1 ».

C. – Au début du premier alinéa de l'article L. 172–1 A du même code, les mots : « Lorsque le versement des prestations en nature ou en espèces des assurances maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « Lorsque, en cas de maladie ou de maternité, le versement des prestations en espèces ».

D. – Au 1° de l'article L. 213–1 du même code, les mots : « d'assurances sociales, d'accidents du travail, d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale ».

E. – Le titre IV du livre II du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa des I et III et au II de l'article L. 241–10, au premier alinéa de l'article L. 241–11 et au premier alinéa et à la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241–12, les mots : « d'assurances sociales et d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, » ;

2° Au 1° du I *bis* de l'article L. 241–10, les mots : « des assurances » sont remplacés par les mots : « de la branche » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 241–11, les mots : « d'assurances sociales, d'allocations familiales et d'accidents du travail » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale » ;

4° À la première phrase des premier et troisième alinéas de l'article L. 242–1 et au dernier alinéa de l'article L. 242–3, les mots : « des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale » ;

5° À l'article L. 242–4–3, les mots : « à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale à la charge de l'employeur ».

F. – Au premier alinéa de l'article L. 252–1 du même code, les mots : « l'assurance » sont remplacés par les mots : « la branche ».

G. – Le chapitre I^{er} du titre VII du livre III du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 371–3, les mots : « pour lui et les membres de sa famille, au sens de l'article L. 313–3 » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 371–6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « jouissent, ainsi que les membres de leur famille, au sens de l'article L. 313–3 des prestations en nature de l'assurance maladie et bénéficient » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160–1 et » et la référence : « au 4° de » est remplacée par le mot : « à » ;

b) Au début de la seconde phrase, les mots : « Mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, » sont remplacés par les mots : « Ils sont dispensés ».

H. – Le titre VIII du livre III du même code est ainsi modifié :

1° A Le premier alinéa de l'article L. 381–20 est ainsi rédigé :

« La présente section est applicable aux personnes suivantes : » ;

1° B Le premier alinéa de l'article L. 381–23 est ainsi rédigé :

« La prise en charge des frais de santé des personnes mentionnées à l'article L. 381-20 est assurée : » ;

1° L'article L. 381-30 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « sont affiliées obligatoirement aux assurances maladie et maternité du » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé effectuée par le » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– au début, sont ajoutés les mots : « Par dérogation au premier alinéa, » ;

– les mots : « elles sont affiliées au » sont remplacés par les mots : « la prise en charge de leurs frais de santé est assurée par le » ;

c) Le troisième alinéa est supprimé ;

2° L'article L. 381-30-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Les détenus sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par le régime général et pour la participation mentionnée au I de l'article L. 160-13 ainsi que pour le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4, qui sont pris en charge par l'État selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5. » ;

c) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « Par dérogation au premier alinéa, » sont supprimés et les mots : « des prestations en nature des assurances » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de » ;

d) Le dernier alinéa est supprimé ;

3° À la première phrase de l'article L. 381-30-2, les mots : « affilié en application » sont remplacés par les mots : « , à l'exception de ceux mentionnés au deuxième alinéa » ;

4° L'article L. 381-30-5 est ainsi modifié :

a) Au I, les mots : « affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 » sont remplacés par les mots : « , à l'exception de celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 381-30, » ;

b) Le II est ainsi modifié :

– au premier alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » et les mots : « affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 380-30-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnées au I du présent article » ;

– à la fin de la seconde phrase du troisième alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 382-3, les mots : « d'assurances sociales et d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, » ;

6° À l'article L. 382-14-1, les mots : « dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, » ;

7° À la fin du premier alinéa de l'article L. 382-21, les mots : « ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé dans les conditions prévues au livre I^{er} ».

Î. – Le livre IV du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 432-1 est ainsi modifié :

a) À la fin de la seconde phrase du premier alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

b) Au second alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 453-1, les mots : « aux prestations dans les conditions prévues au livre III » sont remplacés par les mots : « à la prise en charge de ses frais de santé prévue au titre VI du livre I^{er}, ».

J. – Au premier alinéa de l'article L. 512-1 du même code, après la première occurrence du mot : « France », sont insérés les mots : « , au sens de l'article L. 111-2-3 ».

K. – Le titre I^{er} du livre VI du même code est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 611-12 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « par les assurés bénéficiaires des prestations maladie et par les cotisants et » sont remplacés par les mots : « par les cotisants au titre de leur activité professionnelle et les » ;

b) À la fin du troisième alinéa, les mots : « assurés du groupe des professions libérales bénéficiaires de l'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « cotisants du groupe des professions libérales et les retraités de l'assurance vieillesse des professions libérales bénéficiaires des prestations maladie au régime social des indépendants » ;

2° Le second alinéa de l'article L. 611-20 est supprimé ;

3° À l'intitulé du chapitre III, les mots : « prestations d'assurance » sont remplacés par le mot : « protection » ;

4° Les 2° et 3° de l'article L. 613-1 sont abrogés ;

5° Au début du second alinéa de l'article L. 613-7, les mots : « Le droit aux prestations en nature est ouvert dans » sont remplacés par les mots : « La prise en charge des frais de santé est assurée par » ;

6° Les deux premiers alinéas de l'article L. 613-14 sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge des frais de santé des ressortissants du régime institué au présent livre est assurée, en cas de maladie, de maternité ou d'accident, dans les conditions définies aux articles L. 160-7 à L. 160-15 et L. 332-2. »

L. – Le livre VII du même code est ainsi modifié :

1° A Le début de l'article L. 711-5 est ainsi rédigé : « Le 2° du I de l'article L. 313-1 s'applique, en tant que... (*le reste sans changement*). » ;

1° B L'article L. 711-7 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée, deux fois, par la référence : « L. 160-13 » ;

b) Au second alinéa, la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 » ;

1° À l'article L. 713-1-1, les mots : « des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge de leurs frais de santé dans les conditions prévues au livre I^{er} » ;

2° À l'article L. 713-9, les mots : « aux familles » sont remplacés par les mots : « aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2 » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 713-10, les mots : « aux familles » sont remplacés par les mots : « aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2 » et les mots : « qu'elles » sont remplacés par les mots : « qu'ils » ;

4° À l'article L. 713-16, les mots : « en nature » sont supprimés.

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

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 861-1, les mots : « résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1 » sont remplacés par les mots : « résidant de manière stable et régulière dans les conditions prévues à l'article L. 111-2-3 et bénéficiant de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 861-2 est supprimé ;

3° Au 1° de l'article L. 861-3, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

4° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, la référence : « aux articles L. 380-1 et » est remplacée par les mots : « à l'article » ;

5° À la première phrase du premier alinéa et au troisième alinéa de l'article L. 871-1, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 ».

N. – Les articles L. 161-5, L. 161-7, L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13, L. 161-14, L. 161-14-1, L. 161-25-2, L. 161-25-3, L. 211-3, L. 211-4, L. 211-5, L. 211-6, L. 211-7, L. 311-5-1, L. 311-9, L. 311-10, L. 313-3, L. 313-4, L. 313-5, L. 371-2, L. 381-3, L. 381-7, L. 381-9, L. 381-10, L. 381-11, L. 381-19, L. 381-21, L. 381-22, L. 381-26, L. 381-27, L. 381-28, L. 611-21, L. 611-22, L. 613-3, L. 613-10, L. 712-6, L. 712-7 et L. 712-8 du même code sont abrogés.

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

1° Le 4° de l'article L. 722-10 est ainsi modifié :

a) Au a, les mots : « conjoints des personnes visées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du présent article » sont remplacés par les mots : « personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé en application de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale » ;

b) Le b est ainsi rédigé :

« b) Aux enfants qui remplissent les conditions mentionnées à l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale. » ;

2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 722-11, les mots : « mentionnés aux articles L. 381-19 et L. 381-20 du code de la sécurité sociale » sont supprimés ;

3° Le 1° de l'article L. 742-3 est ainsi modifié :

a) Au début, sont ajoutés les mots : « Le chapitre préliminaire du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, à l'exception de l'article L. 160-5, » ;

b) À la première phrase, les références : « L. 311-9, L. 311-10, » sont supprimées ;

3° bis À l'article L. 761-2, les références : « les articles L. 311-5, L. 311-9, L. 311-10 » sont remplacées par la référence : « l'article L. 311-5 » ;

4° L'article L. 761-3 est ainsi modifié :

a) Au quatrième alinéa, les mots : « ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3 du code de la sécurité sociale, des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale à la charge effective et permanente des » ;

b) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

5° (*nouveau*) Au premier alinéa de l'article L. 762-14, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 ».

P. – Le titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 251-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-1 », les mots : « , pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « pour lui-même et pour : » ;

b) Après le premier alinéa, sont insérés des 1° et 2° ainsi rédigés :

« 1° Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Les personnes non mentionnées aux mêmes 1° et 2° vivant depuis douze mois consécutifs avec la personne bénéficiaire de l'aide mentionnée au premier alinéa du présent article et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve dans les conditions

fixées par décret en Conseil d'État. Dans ce cas, le bénéfice de l'aide susmentionnée ne peut être attribué qu'à une seule de ces personnes. » ;

2° À la première phrase de l'article L. 254-1, la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-1 ».

Q. – Au 4° du I de l'article L. 111-1 du code de la mutualité, les références : « L. 211-3 à L. 211-7, L. 381-8, L. 381-9, L. 611-3, L. 712-6 à L. 712-8 » sont remplacées par les références : « L. 160-17, L. 381-8 et L. 611-3 ».

R. – Dans toutes les dispositions législatives :

1° Les références aux articles L. 332-3, L. 331-2, L. 322-1, L. 332-1, L. 322-2, L. 322-3 et L. 322-4 du code de la sécurité sociale sont remplacées, respectivement, par les références aux articles L. 160-7, L. 160-9, L. 160-10, L. 160-11, L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15 du même code ;

2° (*Supprimé*)

IX *bis*. – A. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 114-15, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

2° À la fin de la première phrase du second alinéa de l'article L. 131-9, les mots : « ou qui sont soumises au second alinéa de l'article L. 161-25-3 » sont supprimés ;

3° À la fin du 2° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

4° À l'article L. 161-27, les références : « L. 161-1 à L. 161-7, L. 161-10 à L. 161-13 » sont remplacées par les références : « L. 161-1 à L. 161-6 » ;

5° Au sixième alinéa et à la fin de la seconde phrase du douzième alinéa de l'article L. 162-1-14-1, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

6° À la première phrase du deuxième alinéa, à la dernière phrase du troisième alinéa et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-14-2, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

7° Le I de l'article L. 162-1-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » et les références : « aux 2° et 5° de » sont remplacées par les mots : « , respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à » ;

b) Au 1°, les références : « au 2° ou au 5° de » sont remplacées par les mots : « , respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à » ;

8° À la seconde phrase du premier alinéa et au second alinéa de l'article L. 162-1-20, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

9° À la fin du 4° de l'article L. 162-4, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

10° Au premier alinéa de l'article L. 162-31, la référence : « de l'article L. 313-4, » est supprimée, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » et la référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

11° Le II de l'article L. 162-31-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les références : « 6° et 9° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par les références : « 5° et 6° de l'article L. 160-8 » ;

b) Au 4°, les références : « L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 » ;

12° L'article L. 162-45 est ainsi modifié :

a) Au 2°, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

b) Au 4°, la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 » ;

13° À la fin de la dernière phrase du second alinéa de l'article L. 165-12, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

14° À la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 314-1, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;

15° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 315-2 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, la première occurrence des mots : « à l'article » est remplacée par la référence : « aux articles L. 160-8 et » ;

b) À la deuxième phrase, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;

16° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 323-1, la référence : « au 4° de » est remplacée par le mot : « à » ;

17° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 323-4, la référence : « L. 313-3 » est remplacée par la référence : « L. 161-1 » ;

18° L'article L. 325-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du I, les références : « , 4° et 7° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par la référence : « et 4° de l'article L. 160-8 » et la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

b) Le II est ainsi modifié :

– au 7°, les références : « aux articles L. 371-1 et L. 371-2 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 371-1 » ;

– au dernier alinéa, les mots : « ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3, des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 à la charge effective et permanente des » ;

19° Après les mots : « de l'article », la fin de la première phrase de l'article L. 331-1 est ainsi rédigée : « L. 161-1. » ;

20° Au 2° de l'article L. 341-3, la référence: « au 4° de » est remplacée par le mot: « à »;

21° Au premier alinéa de l'article L. 353-5, la référence: « L. 313-3 » est remplacée par la référence: « L. 161-1 »;

22° Au début de l'article L. 372-2, les mots: « Sous réserve de l'article L. 161-11, » sont supprimés;

23° À la fin de la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 376-4, la référence: « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence: « L. 114-17-1 »;

24° À l'article L. 382-8, la référence: « L. 313-3 » est remplacée par la référence: « L. 161-1 »;

25° À la fin du deuxième alinéa et à la dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 471-1, la référence: « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence: « L. 114-17-1 »;

26° (Supprimé)

27° À l'article L. 711-6, la référence: « L. 321-1 » est remplacée par la référence: « L. 160-8 »;

28° Au premier alinéa de l'article L. 712-9, les mots: « ou charges mentionnés à l'article L. 712-6 » sont remplacés par les mots: « maladie, maternité et invalidité »;

29° À la fin du premier alinéa des articles L. 722-2 et L. 722-3, les mots: « aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9 » sont remplacés par les mots: « à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 »;

30° Le premier alinéa de l'article L. 722-6 est ainsi modifié:

a) La référence: « L. 313-3, » est supprimée;

b) La première occurrence de la référence: « L. 321-1 » est remplacée par la référence: « L. 160-8 »;

b bis) La référence: « L. 331-2 » est remplacée par la référence: « L. 160-9 »;

c) La référence: « au 5° de » est remplacée par le mot: « à »;

31° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 722-8-2, la référence: « au 5° de » est remplacée par le mot: « à »;

32° À l'article L. 758-2, la référence: « L. 161-14, » est supprimée;

33° Au premier alinéa de l'article L. 762-4, la référence: « L. 321-1 » est remplacée par la référence: « L. 160-8 »;

33° bis L'article L. 762-6 est ainsi modifié:

a) Au premier alinéa, la référence: « L. 321-1 » est remplacée par la référence: « L. 160-8 »;

b) Au second alinéa, la référence: « L. 322-2 » est remplacée par la référence: « L. 160-13 »;

34° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 762-7 est supprimé;

34° bis (Supprimé)

35° L'article L. 765-5 est ainsi modifié:

a) Au premier alinéa, la référence: « L. 321-1 » est remplacée par la référence: « L. 160-8 » et la référence: « L. 331-2 » est remplacée par la référence: « L. 160-9 »;

b) (nouveau) Au second alinéa, la référence: « L. 322-2 » est remplacée par la référence: « L. 160-13 »;

36° Au second alinéa de l'article L. 821-7, la référence: « L. 381-28 » est remplacée par la référence: « L. 160-17 ».

B. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié:

1° Au premier alinéa de l'article L. 242-12, la référence: « L. 321-1 » est remplacée par la référence: « L. 160-8 »;

2° Au 2° de l'article L. 245-3, la référence: « L. 321-1 » est remplacée par la référence: « L. 160-8 »;

3° L'article L. 251-2 est ainsi modifié:

a) À la première phrase du deuxième alinéa, la référence: « L. 321-1 » est remplacée par la référence: « L. 160-8 »;

b) Après le mot: « et », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée: « 5° de l'article L. 160-8 »;

c) Au quatrième alinéa, la référence: « L. 331-2 » est remplacée par la référence: « L. 160-9 »;

d) Au sixième alinéa, la référence: « L. 322-3 » est remplacée par la référence: « L. 160-14 » et la référence: « L. 322-2 » est remplacée par la référence: « L. 160-13 »;

4° Au dernier alinéa de l'article L. 252-1, le mot: « deuxième » est remplacé par le mot: « quatrième »;

5° À l'article L. 252-2, les mots: « au premier alinéa » sont remplacés par les mots: « aux trois premiers alinéas »;

6° Au premier alinéa de l'article L. 252-3, les mots: « du premier alinéa » sont remplacés par les mots: « des trois premiers alinéas ».

C. – La sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée:

1° À l'article L. 6241-3, la référence: « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence: « L. 114-17-1 »;

2° Au dernier alinéa de l'article L. 6322-1, la référence: « L. 321-1 » est remplacée par la référence: « L. 160-8 ».

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

1° Au g du 1° de l'article L. 732-3, les références: « , L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13 » sont supprimées;

2° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 751-9, la référence: « au livre III » est remplacée par la référence: « au titre VI du livre I^{er} ».

E. – À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 333-1 du code de la consommation, la référence: « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence: « L. 114-17-1 ».

F. – L'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi modifiée:

1° L'article 9 est ainsi modifié:

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

« – L. 160-8 à L. 160-10 et L. 160-13 à L. 160-15, sous réserve des dispositions de l'article 9-5; »

b) À la fin du deuxième alinéa, la référence: « L. 161-5 » est remplacée par la référence: « L. 161-4 »;

c) Le neuvième alinéa est supprimé;

d) Le treizième alinéa est ainsi rédigé:

« – L. 322-5 à L. 322-6; »

2° À la première phrase de l'article 9-1, la référence: « (5°) » est supprimée;

3° À l'article 9-4, les références: « , 2°, 3°, 4° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par la référence: « à 4° de l'article L. 160-8 »;

4° À l'article 9-5, la référence: « L. 322-3 » est remplacée par la référence: « L. 160-14 ».

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

1° Au 10° de l'article 20-1, les références: « L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références: « L. 160-13 et L. 160-14 »;

2° À la fin de la seconde phrase de l'article 20-2, la référence: « L. 322-3 » est remplacée par la référence: « L. 160-14 »;

3° À la première phrase du 1° et au 2° de l'article 20-7, la référence: « L. 322-3 » est remplacée par la référence: « L. 160-14 »;

4° Au premier alinéa du II de l'article 23-2, la référence: « L. 162-1-14 » est remplacée, deux fois, par la référence: « L. 114-17-1 ».

H. – Au II de l'article 89 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la référence: « L. 321-1 » est remplacée par la référence: « L. 160-8 » et la référence: « L. 322-1 » est remplacée par la référence: « L. 160-10 ».

I. – Au début du II de l'article 44 de la loi n° 2014-40 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, les mots: « À la fin de l'article L. 161-5 et » sont supprimés.

J. – À l'article 9-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et au deuxième alinéa de l'article 2 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service, la référence: « L. 322-2 » est remplacée par la référence: « L. 160-13 ».

X. – *(Non modifié)*

Article 39 bis A
(Supprimé)

.....

Article 39 ter
(Conforme)

Article 39 quater (nouveau)

I. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 6312-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé:

« Le transport médicalisé d'enfants décédés de cause médicalement inexplicquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, ainsi que le transport de leurs représentants légaux en vue d'une prise en charge adaptée, effectué à l'aide de moyens de transport terrestre, aérien ou maritime spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de l'enfant décédé jusqu'à l'établissement de santé d'accueil. »

II. – Le troisième alinéa de l'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales est complété par les mots: « ou qui assurent le transport d'enfants décédés de cause médicalement inexplicquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, vers l'établissement de santé d'accueil ».

.....

Article 41
(Conforme)

.....

Article 41 ter
(Conforme)

CHAPITRE II

Promotion de la prévention et parcours de prise en charge coordonnée

Article 42

La section 2.2 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-12-22 ainsi rédigé:

« Art. L. 162-12-22. – I. – Un contrat de coopération pour les soins visuels peut être conclu avec les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie, en vue d'inciter le médecin à recruter ou à former un orthoptiste.

« Ce contrat, conclu pour une durée de trois ans non renouvelable, prévoit des engagements individualisés qui portent notamment sur l'augmentation du nombre de patients différents reçus en consultation, le respect des tarifs conventionnels et les actions destinées à favoriser la continuité des soins. Il détermine des objectifs en matière d'organisation des soins, notamment sur la formation, si celle-ci s'avère nécessaire, ou le recrutement d'un orthoptiste ainsi que sur la participation à des actions de dépistage et de prévention. Il prévoit les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le médecin, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs.

« Ce contrat est conforme à un contrat type défini par la convention mentionnée à l'article L. 162-5. À défaut d'accord avant le 1^{er} septembre 2016, un contrat type est fixé par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Une évaluation du contrat de coopération pour les soins visuels, portant notamment sur le nombre d'ophtalmologistes conventionnés l'ayant signé, sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur le respect des engagements prévus, est réalisée au plus tard durant le premier semestre 2018 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et transmise au Parlement ainsi qu'aux partenaires conventionnels.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions particulières requises pour conclure un contrat de coopération avec la profession d'orthoptiste.

« II. – Les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie peuvent conclure un contrat collectif pour les soins visuels avec les maisons de santé et les centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 en vue d'inciter au développement de coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques au sein de ces structures.

« Le contrat collectif pour les soins visuels, d'une durée de trois ans, prévoit les engagements respectifs des parties, qui portent notamment sur le respect des tarifs conventionnels et l'organisation des soins.

« Ce contrat est conforme à un contrat type fixé par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés, des organisations représentatives des centres de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Les contreparties financières de ce contrat collectif ne peuvent excéder le maximum prévu par le contrat de coopération pour les soins visuels prévu au premier alinéa du I du présent article.

« Une évaluation annuelle du contrat collectif pour les soins visuels, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part, sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement et aux partenaires conventionnels en vue de l'inté-

gration de ce contrat dans la négociation, à compter du 1^{er} janvier 2018, d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionné au II de l'article L. 162-14-1.

« III. – Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent des contrats prévus au présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3^o du D du I de l'article L.O. 111-3. »

Article 45 ter
(Conforme)

Article 47
(Conforme)

Article 47 bis A
(Supprimé)

CHAPITRE III

Poursuite de la réforme du financement des établissements

Article 49
(Conforme)

Article 50

I et II. – (Non modifiés)

III. – Les articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-30-2.* – Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique. Il a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.

« Ce contrat comporte :

« 1^o Un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations ;

« 2^o Le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou ne respectant pas, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3.

« Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les obligations respectives des parties, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.

« En cas de refus par un établissement de santé de conclure ce contrat ou l'un de ses volets, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. La somme de cette sanction et de celles mentionnées à l'article L. 162-30-4 ne peut être supérieure à 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie. En cas de refus de conclure les volets relatifs aux produits de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut choisir, à la place de la sanction mentionnée à la première phrase du présent alinéa, de réduire de 30 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

« *Art. L. 162-30-3.* – L'État arrête, sur la base de l'analyse nationale ou régionale des dépenses d'assurance maladie ou des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels de santé y exerçant. Ils peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, dès lors qu'elles sont prescrites ou dispensées au sein d'un établissement de santé. Ils peuvent être nationaux ou régionaux.

« L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant conclure un volet additionnel au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2.

« Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'État ou en application du plan d'actions régional susmentionné, elle peut proposer à cet établissement de conclure un avenant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné au même article L. 162-30-2.

« Les modalités d'élaboration du plan d'actions, les catégories d'actes, prestations ou prescriptions qui font l'objet de ces contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret.

« *Art. L. 162-30-4.* – La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non-réalisation ou de réalisation partielle de ces objectifs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, prononcer une sanction financière proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite, pour chaque volet du contrat, de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos et dans la limite totale, pour l'ensemble des volets, de 5 % de ces produits par an.

« La non-réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peut également donner lieu à la mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions, dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-17, ou, lorsqu'il s'agit de manquements relatifs à des produits de santé, à la réduction, dans la limite de 30 % et en tenant compte des manquements constatés, de la part prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 en lieu et place de la sanction mentionnée au premier alinéa du présent article. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. »

IV et V. – (Non modifiés)

Article 50 bis

Le premier alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment celles relatives à l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé. »

Article 51

I. – (*Non modifié*)

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

1° L'article L. 6113-11 devient l'article L. 6113-14 ;

2° Après l'article L. 6113-10-2, sont insérés des articles L. 6113-11 à L. 6113-13 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6113-11.* – Afin de disposer de données sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, des études nationales de coûts sont réalisées chaque année

auprès d'établissements de santé relevant des catégories mentionnées aux a à d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

« Ces études portent sur des champs d'activité définis par décret en Conseil d'État.

« La réalisation de ces études est confiée à une personne publique désignée par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 6113-12.* – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent chaque année, sur proposition de la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, la liste des établissements de santé participant aux études nationales de coûts de l'année suivante.

« Cette liste est élaborée dans les conditions suivantes :

« 1° Un appel à candidatures est réalisé par la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11. Les établissements de santé ayant fait acte de candidature participent aux études nationales de coûts sous réserve qu'ils soient en mesure de fournir des données, notamment médicales et comptables, nécessaires à leur réalisation. Dans le cas contraire, ils peuvent bénéficier d'un accompagnement en vue de préparer leur participation aux études nationales de coûts de l'année suivante ;

« 2° À l'issue de l'appel à candidatures mentionné au 1° du présent article, lorsque la liste d'établissements sélectionnés est insuffisante pour disposer de données fiables sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 met en œuvre une procédure complémentaire de sélection d'établissements de santé dont la participation aux études nationales de coûts permettrait, en raison de leur statut ou de leurs activités, d'améliorer la fiabilité de la mesure des coûts.

« Les établissements sélectionnés selon cette procédure complémentaire transmettent à la personne publique mentionnée au dernier alinéa du même article L. 6113-11 les informations permettant de s'assurer de leur capacité à fournir les données nécessaires à la réalisation des études nationales de coûts. Seuls les établissements en mesure de fournir de telles données participent aux études nationales de coûts. Les établissements qui ne remplissent pas cette condition peuvent bénéficier d'un accompagnement en vue de préparer leur participation aux études nationales de coûts de l'année suivante.

« En cas de refus d'un établissement de santé sélectionné selon la procédure complémentaire de transmettre à la personne publique mentionnée au dernier alinéa dudit article L. 6113-11 les informations mentionnées à l'avant-

dernier alinéa du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« *Art. L. 6113-13.* – Une convention est signée entre la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 et chaque établissement de santé figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6113-12.

« En cas de refus d'un établissement de santé de signer cette convention, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« En contrepartie des moyens engagés par l'établissement pour produire les données nécessaires à la réalisation des études nationales de coûts, la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 assure à cet établissement un financement dans les conditions définies par la convention.

« En cas de non-respect de ses obligations contractuelles, l'établissement restitue les indemnités perçues, dans les conditions définies par la convention. »

Article 51 bis
(Supprimé)

CHAPITRE IV

Autres mesures et objectifs financiers

.....

Article 54

Pour l'année 2016, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 201,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 177,9 milliards d'euros.

Article 55

Pour l'année 2016, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

<i>(En milliards d'euros)</i>	
	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	84,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	58,1
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8

Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,3
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,7
Total	185,2

TITRE V

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

Article 56

Pour l'année 2016, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

<i>(En milliards d'euros)</i>	
	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	20,1

TITRE VI

**DISPOSITIONS COMMUNES
AUX DIFFÉRENTES BRANCHES**

**Article 57
(Conforme)**

.....

**Article 58
(Conforme)**

.....

**Article 62
(Conforme)**

ANNEXE A

Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2014, 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 2014

.....

ANNEXE B

Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2016–2019. Ces prévisions s'inscrivent dans l'objectif de retour progressif à l'équilibre des régimes de sécurité sociale. En 2019, le régime général devrait atteindre un excédent de 1,8 milliard d'euros, ce qui représenterait une amélioration du solde de plus de 11 milliards d'euros par rapport au déficit constaté en 2014.

Malgré un environnement international encore incertain, les pays de la zone euro devraient connaître une accélération économique. Cette conjoncture favorable participera au redressement des comptes de la sécurité sociale, mais celui-ci tiendra tout autant aux efforts continus de maîtrise de la dépense, notamment d'assurance maladie. Au delà de la maîtrise de la dépense, la présente loi est marquée par des réformes d'envergure visant à généraliser l'universalité de la couverture maladie, à développer l'accès à la complémentaire santé et à poursuivre la politique en faveur de la compétitivité des entreprises et de l'emploi.

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 s'inscrit dans la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux

1. Une conjoncture caractérisée par une reprise progressive de l'activité économique

Les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses retenus dans le cadre de la présente loi reposent sur une hypothèse de croissance du produit intérieur brut de 1 % en 2015. La masse salariale du secteur privé, qui détermine une partie prépondérante de l'évolution des recettes des régimes de sécurité sociale, connaîtrait une progression de +1,7 % en 2015.

Pour 2016, l'activité continuerait à accélérer, avec une hypothèse de croissance de l'activité de +1,5 %, ce qui demeure cohérent avec, notamment, les prévisions rendues publiques par l'OCDE au moment du dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui prévoyait une croissance de l'activité de 1,4 % en France en 2016. L'hypothèse de croissance de la masse salariale associée à cette prévision de croissance atteindrait ainsi 2,8 % en 2016.

Cette reprise progressive s'appuie sur une hausse du pouvoir d'achat des ménages, soutenue par une inflation réduite en 2015 (+0,1 %), notamment du fait de la faiblesse des cours du pétrole, et modérée en 2016 (+1 %). En outre, la poursuite des mesures fiscales en faveur des ménages modestes et des classes moyennes, à travers 2 milliards d'euros de nouvelles baisses d'impôts en 2016, contribuera également à soutenir le pouvoir d'achat des ménages.

Par ailleurs, les mesures décidées dans le cadre du pacte de compétitivité et de croissance et du pacte de responsabilité et de solidarité (crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi, poursuite des allègements de cotisations, suppression de la contribution exceptionnelle à l'impôt sur les sociétés et suppression de la contribution sociale de solidarité des sociétés) permettront d'encourager l'investissement, l'emploi et les exportations des entreprises. À moyen et long termes, la croissance de l'emploi et de la masse salariale favorisera le redressement des finances publiques. La trajectoire de retour à l'équilibre des comptes publics, telle qu'exposée par le Gouvernement dans le programme de stabilité et de croissance et mise en œuvre dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, pourra ainsi être confortée.

Conformément à la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, les prévisions économiques sous-jacentes au projet de loi de financement de la sécurité sociale (ainsi qu'au projet de loi de finances) ont fait l'objet d'un avis du Haut Conseil des finances publiques, évaluant la sincérité des hypothèses retenues ainsi que leur cohérence avec la trajectoire pluriannuelle retenue par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019, actualisée par le dernier programme de stabilité et de croissance transmis à la Commission européenne.

2. Des soldes tendanciels en amélioration, à l'exception notable de la branche maladie et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Les soldes tendanciels des régimes obligatoires de base et du FSV, avant prise en compte des mesures nouvelles figurant dans la présente loi, auraient atteint en 2016 – 13,8 milliards d'euros, dont –10,1 milliards d'euros au titre de la branche Maladie et –1,2 milliard d'euros au titre de la branche Famille, la branche Vieillesse dégageant un excédent de 0,4 milliard d'euros ainsi que la branche Accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) (0,7 milliard d'euros). Le FSV présenterait pour sa part un solde déficitaire de 3,7 milliards d'euros.

La progression des dépenses de sécurité sociale qui sous-tendent les résultats exposés ci-dessus est contenue par l'effet des mesures d'économies prises les années précédentes (loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, mesures d'économies sur la branche famille des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015), qui continuent à monter en charge. L'évolution tendancielle des dépenses sur ces branches est donc maîtrisée, au regard des dynamiques observées par le passé. Par ailleurs, ces branches, dont les prestations sont quasiment toutes indexées sur les prix, bénéficient des effets d'une très faible inflation.

L'évolution tendancielle des dépenses de l'assurance maladie est dynamique (+3,6 % d'évolution des dépenses dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie [ONDAM]), même s'il est en légère décélération par

rapport à la période récente du fait de la montée en charge des traitements contre le virus de l'hépatite C. Les mesures qui sous-tendent la construction de l'ONDAM fixé par la présente loi permettent de l'infléchir fortement.

3. Un endettement qui se réduit et dont les conditions de financement demeurent favorables

En 2015, pour la première fois depuis 2002, le montant de la dette cumulée portée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) va commencer à se réduire, la dette amortie par la CADES étant équivalente au déficit annuel supporté par l'ACOSS. En 2016, le mouvement de réduction va s'accélérer puisque la dette devrait se réduire de 3,7 milliards d'euros.

Parallèlement à l'amélioration du solde des régimes de sécurité sociale en 2016, il est prévu une reprise anticipée de dette de 23,6 milliards d'euros par la CADES, au lieu d'une triple reprise annuelle de 10,10 puis 3,6 milliards d'euros prévue par les textes antérieurs. Cette mesure vise à profiter de conditions de financement actuelles particulièrement favorables. Les taux de refinancement de la CADES s'établissaient par exemple à 2,1 % à la mi-2015. Cette reprise anticipée permettra une couverture contre le risque de remontée des taux à moyen et long termes, qui, s'il advenait, conduirait la CADES à devoir accepter des conditions de financements à long terme nettement moins favorables.

Cette reprise de dette permettra en outre de limiter le financement par l'ACOSS des déficits cumulés des branches, au détriment de sa mission première de couverture de leurs besoins de trésorerie, conformément aux préconisations de la Cour des comptes. En effet, outre les déficits de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et du FSV au titre de l'exercice 2015, seront transférés le reliquat du déficit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et le déficit de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) au titre de 2013, le déficit de la CNAMTS et de la CNAF au titre de 2014 ainsi qu'une partie du déficit de la CNAMTS au titre de 2015. L'horizon d'apurement de la dette portée par la CADES, prévu en 2024, ne sera quant à lui pas modifié.

II. – Le PLFSS 2016 traduit les engagements pris dans le cadre du programme de stabilité

1. La poursuite de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie avec un ONDAM fixé à 1,75 %

Sur le champ de l'assurance-maladie, l'évolution de la dépense est maîtrisée grâce au respect de l'ONDAM depuis cinq années consécutives. Pour 2015, conformément aux engagements pris dans le cadre du programme de stabilité, des annulations de crédits à hauteur de 425 millions ont été prises par rapport au niveau de l'ONDAM 2015 voté dans la précédente loi de financement. Ces annulations devraient ramener la progression de l'ONDAM de +2,1 % (dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015) à +2,0 %.

Pour 2016, la maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie se traduit par la fixation de l'ONDAM à 1,75 %. Ce taux implique un effort d'économies de 3,4 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle de la dépense, évaluée à +3,6 %. Cette trajectoire particuliè-

rement ambitieuse implique d'accentuer l'effort d'économies déjà engagé, sans accroître le reste à charge du patient ni dégrader la qualité des soins.

Cet effort s'inscrit dans la montée en charge du plan d'économies triennal qui sous-tend depuis 2015 le déploiement de la stratégie nationale de santé qui se poursuivra en 2017 (avec le même objectif de progression de l'ONDAM). Il s'articule autour de quatre axes.

Le premier axe vise le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière. Les mutualisations entre établissements sont encouragées et le renforcement du programme de performance hospitalière pour des achats responsables permettra de mobiliser les marges encore importantes qui demeurent en matière d'optimisation des achats hospitaliers. Des actions de maîtrise des dépenses en matière de médicaments inscrits sur la liste en sus seront également déployées dans ce cadre. Cet axe représentera 0,7 milliard d'euros d'économies en 2016.

Le deuxième axe concerne le virage ambulatoire des établissements hospitaliers. Il s'agit d'optimiser le parcours de soins hospitalier, en premier lieu en développant toutes les formes de prises en charge alternatives à une hospitalisation complète dès que l'état de santé du patient le permet : la poursuite de la diffusion de la chirurgie ambulatoire mais également l'hospitalisation de jour en médecine. L'optimisation du parcours passe aussi par le développement de l'hospitalisation à domicile dès lors qu'elle vient en substitution de séjours en établissement de santé et par un meilleur accompagnement des patients en sortie d'établissement en assurant une prise en charge adéquate en ville à la suite du retour au domicile. Ces actions permettront de dégager 0,5 milliard d'euros en 2016.

Le troisième axe est consacré aux produits de santé. Comme chaque année, des baisses de prix seront opérées par le comité économique des produits de santé, baisses qui doivent notamment permettre de dégager les marges financières nécessaires à la rémunération de l'innovation et de garantir ainsi l'accès de tous aux dernières thérapies. L'effort sera également porté sur le développement du recours aux médicaments génériques pour lequel notre pays accuse encore du retard par rapport à nos voisins. À cet effet, le plan national de promotion des médicaments génériques, présenté en mars 2015, vise à accroître la part de médicaments génériques de 5 points dans le total des prescriptions. Des actions seront notamment conduites auprès des prescripteurs, qu'ils soient en ville ou à l'hôpital, ainsi qu'auprès du public, vers lequel une campagne de communication sera lancée début 2016. Au total, cet axe contribuera pour 1,0 milliard d'euros d'économies à l'atteinte de l'ONDAM 2016.

Le dernier axe, correspondant à un montant d'économies de 1,2 milliard d'euros, vise à améliorer la pertinence et le bon usage des soins en ville et à l'hôpital. Il s'agit de mobiliser toutes les marges d'efficacité via la réduction des actes et prescriptions inutiles ou redondants : maîtrise du volume de prescription des médicaments, lutte contre la iatrogénie, actions de maîtrise médicalisée auprès des professionnels de santé en ville menées par l'assurance maladie et auprès des établissements de santé dans un cadre contractuel renoué, optimisation des transports de patients (choix du véhicule le plus adapté, optimisation de la commande de transport...).

Par ailleurs, cet effort en dépenses sera accompagné de l'affectation de nouvelles recettes afin d'accélérer l'amélioration du solde de la branche Maladie. Compte tenu de la conjonction d'un déficit persistant de la branche Maladie et, à l'opposé, d'un excédent croissant de la branche AT-MP depuis l'année 2013, un transfert de cotisations de 0,05 point entre la branche AT-MP et la branche Maladie du régime général sera mis en place en 2016 puis en 2017, afin d'améliorer le solde de la branche Maladie de 250 millions d'euros pour chacune de ces deux années, soit 500 millions d'euros au total. Ce transfert de cotisations est justifié par l'approche solidaire entre branches du régime général, au cœur des principes de la sécurité sociale depuis son origine, ainsi que par les effets indirects dont bénéficie la branche AT-MP du fait de l'amélioration de l'efficacité du système de soins, essentiellement financé par la branche Maladie. En effet, le remboursement des soins et l'évolution des tarifs assurent une intégration continue du progrès technique dans le secteur médical, qui entraîne *in fine* une diminution du coût moyen de traitement des pathologies, d'où un impact positif sur les comptes de la branche AT-MP.

2. Des dépenses de prestations contenues

Les prestations nettes du régime général devraient atteindre 316,6 milliards d'euros en 2015, puis 325,3 milliards d'euros en 2016, soit une progression de 2,8 %, avant prise en compte des mesures nouvelles.

La hausse est principalement portée par les prestations versées par la CNAMTS (+3,5 %) et de la CNAVTS (+2,5 %). *A contrario*, les dépenses de prestations servies par la CNAF connaîtraient une faible progression (+0,3 %), sous l'effet de la réforme des prestations familiales. La modulation des allocations familiales contribuerait à réduire la dépense en 2016 mais serait quasiment compensée par la hausse des dépenses d'entretien sous condition de ressources.

La réforme des modalités de calcul de la revalorisation des prestations participe à cette maîtrise de la dépense. D'une part, les dates de revalorisation seront alignées pour l'ensemble des prestations, avec une revalorisation au 1^{er} avril des prestations familiales et des pensions d'invalidité et des paramètres qui conditionnent l'accès à certaines prestations (plafonds de ressources de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé) ; les prestations actuellement revalorisées au 1^{er} octobre, principalement les pensions de retraite, le resteraient. D'autre part, une règle de « bouclier » sera créée, garantissant le maintien des prestations à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative, dans un cadre général où la revalorisation ne sera plus fonction que d'évolutions connues, et non prévisionnelles, et exclura en conséquence toute nécessité de correction *a posteriori*. Ainsi, la revalorisation reposerait sur les dernières données d'inflation (hors tabac) publiées par l'INSEE et appréciées en moyenne sur les douze derniers mois, au lieu d'être calculées à partir d'une évolution prévisionnelle de l'inflation pour l'année N et l'application d'un correctif sur cette même année au titre de l'écart à la prévision de l'année N-1. Or les exercices de prévision de l'inflation sont par nature complexes et l'accroissement de la volatilité des prix ces dernières années a conduit à l'application de correctifs importants.

3. Les soldes vieillesse traduisent les effets de la réforme des retraites de 2014

En 2016, les dépenses d'assurance vieillesse connaissent une évolution modérée, de l'ordre de 2,5 % en moyenne sur la période 2016–2017. Cette progression s'explique notamment par la conjugaison d'une stabilité des flux de départs en retraite et d'un montant moyen de la pension en augmentation, l'accélération de l'inflation en 2016 ne jouant que faiblement sur l'année 2016 compte tenu de la date de revalorisation des pensions fixée au mois d'octobre.

Cette évolution tient compte de l'effet des réformes adoptées dans le cadre de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et notamment des différentes mesures de redressement, immédiates mais également de long terme, qui visent à faire face, de manière responsable et justement répartie, au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie. Ces dernières se sont accompagnées de mesures de justice et de solidarité pour corriger les inégalités les plus importantes face à la retraite, comme la reconnaissance de la pénibilité au travail, pour permettre entre autres une meilleure prise en compte des carrières heurtées et des aléas de carrière, notamment celles des femmes, ou encore des conditions d'entrée réelle des jeunes dans la vie active.

III. – Dans le respect de ces objectifs d'équilibre financier, le PLFSS 2016 porte une réforme d'ampleur de l'assurance maladie ainsi que le deuxième volet du pacte de responsabilité et de solidarité

1. Poursuite de la politique d'emploi et de compétitivité du Pacte

La mise en œuvre du pacte de compétitivité et de responsabilité se poursuit en 2016, afin de restaurer la compétitivité et la capacité productive des entreprises et de les inciter à investir et embaucher. Les entreprises bénéficieront ainsi d'une baisse de 4,1 milliards d'euros de leurs prélèvements obligatoires dans le cadre du PLFSS 2016.

Cela se traduit par une nouvelle réduction du taux de cotisations d'allocations familiales jusqu'à 3,5 SMIC, pour un coût de 3,1 milliards d'euros en 2016 (environ 4,4 milliards d'euros en année pleine à partir de 2017). Ce montant est légèrement inférieur à celui de 4,5 milliards d'euros estimé en 2014, en raison d'une progression de la masse salariale plus faible que celle initialement prévue lors de cette première estimation. De plus, le montant de l'abattement d'assiette institué par l'article 3 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 dans le cadre de la première étape de la suppression progressive de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) est augmenté, passant de 3,25 millions d'euros à 19 millions d'euros, ce qui représente un impact d'un milliard d'euros sur les recettes de la sécurité sociale. Cet abattement s'appliquera au chiffre d'affaires réalisé en 2015 pour le paiement de la C3S en 2016.

Ces mesures seront compensées intégralement par l'État dans le cadre des lois financières, conformément aux engagements pris par le Gouvernement dès 2014. Cette compensation se traduit par une budgétisation des dépenses d'allocation de logement familiale (ALF), à hauteur de 4,7 milliards d'euros, ainsi que du financement de la protection juridique des majeurs, pour 0,4 milliard d'euros. Par ailleurs, l'extinction progressive de la recette issue des caisses de congés payés, qui était affectée au financement du pacte, donnera lieu à l'affectation de ressources pérennes s'y substituant. En effet, la mesure, entrée en

vigueur depuis le 1^{er} avril 2015, engendre une recette de 1,52 milliard d'euros en 2015 et de 500 millions d'euros en 2016, avant de s'éteindre à compter de 2017.

2. Mise en place de la protection universelle maladie

La mise en place de la protection universelle maladie vise à universaliser la prise en charge des frais de santé, afin de simplifier les démarches pour les assurés comme pour les organismes gestionnaires et de garantir ainsi la continuité des droits. Ce nouveau régime ne modifie en rien le niveau des droits à prise en charge des assurés sociaux. En effet, la loi prévoira désormais que toute personne qui travaille ou, lorsqu'elle n'a pas d'activité, réside en France de façon stable et régulière, dispose du droit à la prise en charge de ses frais de santé. Les personnes qui travaillent resteront affiliées à leur régime de sécurité sociale actuel, les autres étant maintenues dans le dernier régime auquel elles étaient affiliées.

Cette réforme permet de simplifier l'ouverture des droits, puisque les caisses de sécurité sociale n'auront plus à vérifier le respect des conditions d'ouverture des droits (nombre d'heures travaillées). Le contrôle sera désormais orienté vers un contrôle renforcé de la résidence des personnes bénéficiaires de l'assurance maladie. Les procédures de mutation seront également facilitées, à travers un processus entièrement dématérialisé. La notion d'ayant droit majeur sera également progressivement supprimée, dans la mesure où elle s'avère obsolète dans un régime de couverture universelle.

3. Poursuite de la généralisation de l'accès à la protection complémentaire santé

L'assurance complémentaire en matière de santé est aujourd'hui un élément substantiel de l'accès aux soins. C'est pourquoi le Président de la République a fixé l'objectif de généraliser l'accès à une complémentaire santé de qualité à l'horizon 2017. Après l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, transposé dans la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, la réforme des contrats dits responsables, la mise en concurrence des contrats ACS, des nouvelles mesures sont prévues afin de favoriser l'accès à la protection complémentaire pour les populations qui ont le plus de difficulté à y accéder, à savoir les personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes travaillant dans le cadre de contrats courts et de temps très partiels.

En effet, le coût de la couverture complémentaire santé est plus élevé pour les personnes âgées de plus de 65 ans que pour la population globale car elles assument un reste à charge plus élevé sur le coût d'acquisition du contrat et supportent des dépenses de santé après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé plus importantes. Il est donc prévu que les personnes de plus de 65 ans puissent accéder à des offres d'assurance complémentaire de santé qui seront sélectionnées, à l'issue d'une procédure de mise en concurrence, sur des critères reposant sur la qualité des garanties et le prix proposé. Ce dispositif devrait permettre, outre un accès à une complémentaire santé à un meilleur prix, une meilleure adéquation entre les besoins des assurés et les prestations complémentaires dont ils bénéficient et une lisibilité accrue des offres présentées sur le marché pour les assurés.

Par ailleurs, afin de donner son plein effet aux dispositions de la loi fondée sur l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, une modalité adaptée de mise en œuvre de

la couverture des salariés à faible quotité de travail ou embauchés en contrat de courte durée est prévue afin que ces salariés puissent, s'ils souscrivent par ailleurs une assurance individuelle du même type, obtenir de la part de leur

employeur, à la place de l'adhésion à la couverture mise en place dans l'entreprise, un versement direct en rapport avec les sommes consacrées par l'employeur pour cette couverture.

Recettes, dépenses et soldes du régime général

<i>(En milliards d'euros)</i>						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Maladie						
Recettes	161,9	166,6	171,7	178,0	183,3	189,4
Dépenses	168,4	174,1	177,9	182,7	186,2	189,7
Solde	-6,5	-7,5	-6,2	-4,7	-2,9	-0,3
Accidents du travail/maladies professionnelles						
Recettes	12,3	12,4	12,5	12,7	13,6	14,2
Dépenses	11,7	11,8	12,0	12,1	12,2	12,3
Solde	0,7	0,6	0,5	0,6	1,5	1,9
Famille						
Recettes	56,3	52,8	48,8	50,1	51,6	53,1
Dépenses	59,0	54,4	49,6	50,4	51,6	52,8
Solde	-2,7	-1,6	-0,8	-0,3	0,0	0,3
Vieillesse						
Recettes	115,6	119,9	123,6	127,4	131,1	135,6
Dépenses	116,8	120,5	123,1	126,3	130,7	135,6
Solde	-1,2	-0,6	0,5	1,1	0,4	-0,1
Toutes branches consolidées						
Recettes	334,1	339,3	344,0	355,3	366,6	379,0
Dépenses	343,7	348,3	350,0	358,6	367,6	377,2
Solde	-9,7	-9,0	-6,0	-3,3	-1,0	1,8

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

<i>(En milliards d'euros)</i>						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Maladie						
Recettes	186,7	190,5	194,9	201,4	207,0	213,4
Dépenses	193,2	198,0	201,1	206,1	209,9	213,7
Solde	-6,5	-7,5	-6,2	-4,7	-2,9	-0,3
Accidents du travail/maladies professionnelles						
Recettes	13,8	13,9	14,0	14,1	15,1	15,7
Dépenses	13,1	13,2	13,4	13,5	13,6	13,8

Solde	0,7	0,6	0,6	0,6	1,5	1,9
Famille						
Recettes	56,3	52,8	48,8	50,1	51,6	53,1
Dépenses	59,0	54,4	49,6	50,4	51,6	52,8
Solde	-2,7	-1,6	-0,8	-0,3	0,0	0,3
Vieillesse						
Recettes	219,1	223,5	228,7	234,1	240,1	247,2
Dépenses	219,9	223,8	227,8	232,9	240,1	248,3
Solde	-0,8	-0,2	0,9	1,2	0,0	-1,0
Toutes branches consolidées						
Recettes	462,8	467,3	472,8	485,9	499,7	515,2
Dépenses	472,1	475,9	478,3	489,2	501,2	514,4
Solde	-9,3	-8,6	-5,6	-3,3	-1,5	0,8

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

<i>(En milliards d'euros)</i>						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Recettes	17,2	16,5	16,4	16,6	17,0	17,4
Dépenses	20,6	20,3	20,1	20,2	20,0	20,2
Solde	-3,5	-3,8	-3,7	-3,6	-3,1	-2,8

ANNEXE C

État des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général ainsi que des recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement de ces régimes

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

Exercice 2016

<i>(En milliards d'euros)</i>					
	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Régimes de base
Cotisations effectives	88,4	130,2	30,3	13,0	260,2
Cotisations prises en charge par l'État	1,7	1,4	0,5	0,1	3,6
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,8	0,0	0,3	39,7
Contribution généralisée sociale	69,1	0,0	9,9	0,0	78,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	29,6	19,6	7,0	0,0	56,2

Transferts	2,3	38,3	0,3	0,1	29,5
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2
Autres produits	3,2	0,5	0,7	0,3	4,7
Recettes	194,9	228,7	48,8	14,0	472,8

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

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

Exercice 2016

<i>(En milliards d'euros)</i>					
	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Régime général
Cotisations effectives	79,2	77,6	30,3	12,1	197,5
Cotisations prises en charge par l'État	1,4	1,1	0,5	0,1	3,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	59,6	0,0	9,9	0,0	69,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales	23,8	14,9	7,0	0,0	45,8
Transferts	4,7	29,9	0,3	0,0	24,2
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	3,0	0,2	0,7	0,3	4,2
Recettes	171,7	123,6	48,8	12,5	344,0

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

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

Exercice 2016

<i>(En milliards d'euros)</i>	
	Fonds de solidarité vieillesse
Contribution sociale généralisée	9,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	7,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	16,4