

N° 156

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 30 novembre 2016

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE EN NOUVELLE LECTURE, de **financement de la sécurité sociale pour 2017**,*

Par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE,

Rapporteur général,  
Sénateur.

---

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, *secrétaires* ; M. Michel Amiel, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Champion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mmes Anne Émery-Dumas, Corinne Féret, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mmes Françoise Gatel, Frédérique Gerbaud, M. Bruno Gilles, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoyne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouleau, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Catherine Procaccia, Stéphanie Riocreux, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin, Mme Évelyne Yonnet.

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale (14<sup>ème</sup> législ.) :** Première lecture : **4072, 4150, 4151** et T.A. **829**  
Commissions mixte paritaire : **4240**  
Nouvelle lecture : **4239, 4253** et T.A. **842**

**Sénat :** Première lecture : **106, 108, 114** et T.A. **25** (2016-2017)  
Commission mixte paritaire : **132** et **133**  
Nouvelle lecture : **154** (2016-2017)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS .....	9
EXAMEN DES ARTICLES .....	11
DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016.....	11
• <i>Article 3</i> Ajustement de la dotation de l'assurance maladie et de la contribution du FEH et de l'ANFH au Fmespp au titre de l'exercice 2016 Fixation de la contribution de la branche AT-MP à la branche vieillesse Contribution de la CNSA au plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap .....	11
• <i>Article 4</i> Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2016 .....	12
• <i>Article 5</i> Objectif national de dépenses d'assurance-maladie pour 2016 .....	12
TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2017 .....	13
TITRE I <sup>ER</sup> DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE.....	13
CHAPITRE I <sup>ER</sup> Mesures de simplification et de modernisation des prélèvements sociaux.....	13
• <i>Article 6 (art. 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, art. L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale, section 1 du chapitre 1<sup>er</sup> du livre 1<sup>er</sup> de la cinquième partie, art. L. 5141-1, L. 5141-3 et L. 5141-4 du code du travail)</i> Plafonnement des revenus éligibles à l'exonération applicable aux BER et à l'ACCRES .....	13
• <i>Article 6 bis (art. 28 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 Affiliation au RSI des personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion.....</i>	14
• <i>Article 6 ter (art. L. 137-10 du code de la sécurité sociale) Exemption des régimes conventionnels de branche de la contribution sur les avantages de préretraite d'entreprise .....</i>	15
• <i>Article 7 ter [supprimé] (art. 28-8 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte) Application à Mayotte de la réduction forfaitaire de cotisations pour les particuliers employeurs .....</i>	16
• <i>Article 8 (art. 612-5 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Réduction de cotisations des travailleurs indépendants à faibles revenus .....</i>	16
• <i>Article 8 ter (art. L. 136-1 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale) Fait générateur des cotisations et contributions sociales, habilitation du Gouvernement à simplifier et à harmoniser les définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale .....</i>	17
• <i>Article 8 quater (art. L. 136-2 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale) Rétablissement du seuil d'assujettissement à cotisations et contributions sociales des indemnités de rupture du contrat de travail.....</i>	17
• <i>Article 8 quinquies (art. L. 241-6 du code de la sécurité sociale) Bénéfice pour les arbitres amateurs d'une exemption d'assiette de cotisations et de contributions sociales .....</i>	18
• <i>Article 8 sexies [supprimé] (art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale) Extension aux établissements publics de coopération intercommunale gérant des services d'aide à domicile des exonérations accordées aux centres communaux d'action sociale.....</i>	19

---

- Article 9 (art. L. 133-1-1 à L. 133-1-6 [nouveaux], art. L. 133-5-2 [nouveau], section 2 du chapitre III bis du titre III du livre Ier, art. L. 133-6-9, art. L. 136-5, art. L. 213-1, art. L. 225-1-1, art. L. 611-4, art. L. 611-8, art. L. 611-16, art. L. 611-20, art. L. 136-5 du code de la sécurité sociale, art. L. 6331-51 du code du travail, art. 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 instituant un interlocuteur social unique pour les indépendants.  
**Organisation du recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants** ..... 20
- Article 10 (art. L. 613-1 et art. L. 133-6-7-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale)  
**Distinction entre revenus du patrimoine et revenus professionnels. Affiliation des personnes exerçant une activité via les plateformes collaboratives** ..... 20
- Article 10 bis [supprimé] **Exonération des cotisations d'assurance vieillesse des médecins retraités exerçant en zone sous-dense** ..... 23
- Article 11 bis **Augmentation des seuils de revenu fiscal de référence ouvrant droit à l'exonération et au taux réduit de contributions sociales sur les revenus de remplacement** ..... 23
- CHAPITRE II Mesures relatives au recouvrement** ..... 24
- Article 12 bis **Pérennisation du régime transitoire applicable au versement des cotisations sociales par les caisses de congés payés** ..... 24
- Article 14 bis (art. 122 de la loi n° 2005-1720 de finances rectificative pour 2005)  
**Prolongation et extension du plan d'apurement de la dette agricole en Corse** ..... 24
- CHAPITRE III Dispositions contribuant au financement de l'assurance maladie** ..... 25
- Article 16 (art. 137-27 à L. 137-29 [nouveaux] du code de la sécurité sociale)  
**Contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac** ..... 25
- Article 18 (art. L. 138-10 à L. 138-16, L. 138-19-1 à L. 138-19-4 et L. 138-19-7 du code de la sécurité sociale) **Aménagement des dispositifs de régulation des médicaments (clause de sauvegarde et contribution hépatite C)** ..... 26
- Article 18 bis [supprimé] (art. L. 138-1 du code de la sécurité sociale) **Sortie des médicaments génériques de l'assiette de la contributions sur les ventes directes** ..... 27
- Article 19 bis (art. L. 912-1 du code de la sécurité sociale) **Clauses de désignation** ..... 27
- TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE** ..... 28
- Article 20 (art. L. 131-8, L. 135-2, L. 135-3, L. 136-8, L. 223-1, L. 241-2, L. 241-3, L. 245-16, L.413-6, L. 413-10, L. 413-11-2, L. 437-1, L. 635-1, L. 651-2-1, L. 862-4 et L. 134-15 du code de la sécurité sociale, art. L. 731-2, L. 731-3, L. 732-58, L. 753-1, L. 753-2, section 2 et 3 du chapitre III du titre V du livre VIII, L. 753-4, L. 753-5, L. 753-6, L. 753-7, L. 753-12, L. 753-15, L. 753-19, L. 753-20 et L. 753-22 du code rural et de la pêche maritime, art. L. 14-10-1 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, art. 1609 viciés, art. 1618 et art. 1622 du code général des impôts, art. 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, art. 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.) **Prise en charge par l'État des mesures d'exonérations précédemment compensées à la sécurité sociale, réaffectation de recettes, suppression du FCAT et du FCATA, transferts de charges et sécurisation du versement des retraites complémentaires des artisans du BTP** ..... 28
- Article 22 **Tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2017** ..... 30
- Article 23 **Tableau d'équilibre du régime général pour 2017** ..... 30

• <b>Article 24 Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV), fixation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale, des prévisions de recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites et des prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse</b> .....	31
• <b>Article 26 Approbation du rapport de l'annexe B (trajectoire 2017 à 2020)</b> .....	31

## **QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017**..... 32

### **TITRE I<sup>ER</sup> DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE**..... 32

• <b>Article 27 (art. L. 523-1, L. 581-2, L. 581-6, L. 581-10, L. 582-1 et L. 582-2 [nouveaux], L. 583-3, L. 583-5 [nouveau], et L. 755-3 du code de la sécurité sociale, art. 373-2-2 du code civil et art. 1<sup>er</sup> de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires) Recouvrement des créances de pensions alimentaires</b> .....	32
• <b>Article 28 (art. L. 133-5-8, L. 133-5-12 [nouveau], L. 133-8-3, L. 531-5, L. 531-8 et L. 531-8-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale et art. L. 1271-1 du code du travail) Intermédiation de la rémunération des salariés du particulier employeur et réforme du circuit de versement du complément de libre choix du mode de garde</b> .....	34
• <b>Article 28 bis [supprimé] (art. L. 531-4 du code de la sécurité sociale) Principe de libre choix pour les familles, pour un congé parental à durée constante (jusqu'à 3 ans) que les parents le partagent ou pas</b> .....	34
• <b>Article 29 Objectifs de dépenses de la branche famille</b> .....	35

### **TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE**..... 36

• <b>Article 34 ter (art. 43 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites) Report de l'entrée en vigueur de la liquidation unique des régimes alignés (LURA)</b> .....	36
• <b>Article 35 Objectifs de dépenses de la branche vieillesse</b> .....	37

### **TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES** .....

• <b>Article 36 bis [supprimé] (Art. 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999) Information en cas de demande de modification ou d'annulation de l'inscription d'un établissement sur la liste ouvrant droit à l'allocation de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)</b> .....	38
• <b>Article 37 Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2017</b> .....	39

### **TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE** .....

#### **CHAPITRE I<sup>ER</sup> Consolider les droits sociaux, promouvoir la santé publique** .....

• <b>Article 38 (articles L. 169-2-1 [nouveau], L. 169-3 à L. 169-5, L. 169-8, L. 169-10 et L. 169-11 du code de la sécurité sociale ; art. L. 3131-9-1 [nouveau] du code de la santé publique ; art. 21-6, 21-7, 21-9 et 21-10 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ; art. 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales) Prise en charge des soins des victimes d'actes de terrorisme</b> .....	40
• <b>Article 39 ter (art. L. 111-2, L. 115-6, L. 134-4, L. 160-1, L. 160-5, L. 160-10, L. 161-15-4, L. 161-16-1, L. 161-36-5 [nouveau], L. 325-1, L. 376-1 et L. 381-8 du code de la sécurité sociale) Protection universelle maladie</b> .....	41

• Article 39 quinquies	<b>Expérimentation du financement, par le fonds d'intervention régional, de la vaccination antigrippale par les pharmaciens</b>	41
• Article 39 sexies	<b>Expérimentation de la détention de vaccins contre la grippe saisonnière par les médecins généralistes</b>	42
• Article 40	<b>Expérimentation d'une prise en charge de consultations pour des jeunes en souffrance psychique âgés de 6 à 21 ans</b>	42
• Article 42 ter [supprimé] (Art. L. 161-36-3 et L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale ; art. 83 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)	<b>Suppression de la généralisation du tiers payant</b>	43
<b>CHAPITRE II Promouvoir les parcours de santé</b>		43
• Article 43 (art. L. 625 du code de la sécurité sociale ; art. L. 1435-4-2 et L. 1435-4-3 du code de la santé publique)	<b>Création d'un avantage financier versé durant le congé maternité ou paternité des médecins conventionnés en secteur 1 ou adhérents au CAS</b>	43
• Article 43 bis A [supprimé] (Art. L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale)	<b>Responsabilité solidaire de la société mère en cas fraude aux cotisations sociales par une société du groupe</b>	44
• Article 43 quater (art. L. 2123-6 [nouveau] du code de la santé publique)	<b>Procédure arbitrale applicable en cas d'échec des négociations conventionnelles avec les dentistes</b>	44
• Article 43 septies	<b>Rapport sur l'amélioration de la protection maternité et paternité pour l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et libéraux</b>	45
• Article 43 octies [supprimé] (Art. L. 165-1-4 [nouveau] du code de la sécurité sociale ; art. 4362-10 du code de la santé publique)	<b>Délivrance de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaire correctrices</b>	45
• Article 44 (art. 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 ; art. L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 133-4, L. 162-22-6-1 [nouveau], L. 162-22-7, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3 [nouveau], L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-12, L. 162-22-15, L. 162-25, L. 162-27, L. 162-30-4 et L. 174-15 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6312-1 du code de la santé publique ; art. L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales)	<b>Adaptation du financement des établissements de santé au développement de certaines activités</b>	46
• Article 44 bis A [supprimé]	<b>Rapport sur l'octroi du bénéfice du congé longue durée aux fonctionnaires atteints de sclérose en plaques</b>	46
• Article 44 bis (Art. L. 162-21-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)	<b>Financement des transports inter établissements</b>	47
• Article 45 (art. L. 162-22-8-2, L. 162-23-4, L. 162-23-15 [nouveau], L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6111-3-1 du code de la santé publique ; art. 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016)	<b>Financement des activités de soins de suite et de réadaptation</b>	47
• Article 45 bis A [supprimé] (Art. L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale)	<b>Extension des référentiels d'actes en série aux centres de rééducation fonctionnelle (CRF) et aux centres de soins de suite et de rééducation (SSR)</b>	48
• Article 45 bis	<b>Rapport sur le financement des soins à domicile</b>	48
• Article 45 quinquies	<b>Rapport sur le « packing »</b>	48
• Article 45 sexies	<b>Rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées</b>	49
• Article 46 (art. L. 313-1, L. 313-11, L. 313-12, L. 313-12-2, L. 313-14-1, L. 313-14-2, L. 314-7, L. 314-9, L. 315-12 et L. 315-15 du code de l'action sociale et des familles, art. 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement)	<b>Précisions relatives à la généralisation des Cpom dans le secteur médico-social</b>	49

• Article 46 bis <b>Rapport sur la mise en place d'un fonds de prévention des départs non choisis en Belgique</b> .....	50
• Article 48 (art. 70 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, art. 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013) <b>Prorogation de l'expérimentation Paerpa</b> .....	51
<b>CHAPITRE III Garantir la pertinence des prises en charge</b> .....	51
• Article 49 (art. L. 133-4, L. 162-22-7-3 [nouveau], L. 174-2-1, L. 174-15, L. 221-1, L. 221-1-1, L. 241-2 du code de la sécurité sociale ; art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) <b>Création d'un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique</b> .....	51
• Article 50 (art. L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 du code de la sécurité sociale) <b>Substituabilité des biosimilaires</b> .....	52
• Article 51 (art. L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-3 [nouveau], L. 162-18 du code de la sécurité sociale et L. 5121-12 du code de la santé publique) <b>Évolution du régime des ATU</b> .....	52
• Article 52 (art. L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 162-17-4, L. 162-38, L. 165-2, L. 165-3, L. 165-3-3 [nouveau], L. 165-4, L. 165-5-1, L. 165-5-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale) <b>Adaptation du droit applicable au CEPS</b> .....	53
• Article 52 bis A [supprimé] <b>Évaluation de la valeur thérapeutique relative du médicament</b> .....	54
• Article 52 bis <b>Rémunération des actes de radiologie</b> .....	54
• Article 53 <b>Dotations 2017 de l'assurance maladie, du FEH, de l'ANFH et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à divers fonds et organismes</b> .....	55
• Article 54 <b>Objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2017</b> .....	55
• Article 55 <b>Ondam 2017</b> .....	56
<b>TITRE V DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES</b> .....	57
• Article 56 <b>Prévisions de charges du FSV pour 2017</b> .....	57
<b>TITRE VI DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES</b> .....	58
<b>CHAPITRE I Gestion</b> .....	58
• Article 57 <b>Transfert de la gestion du Service d'allocation de solidarité aux personnes âgées (Saspa) à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)</b> .....	58
<b>CHAPITRE II Fraude aux prestations</b> .....	59
• Article 59 (art. L. 114-12-1 et 114-16 du code de la sécurité sociale) <b>Extension du périmètre des échanges d'informations entre organismes chargés du versement de prestations sociales</b> .....	59
<b>EXAMEN EN COMMISSION</b> .....	61
<b>TABLEAU COMPARATIF</b> .....	71





Mesdames, Messieurs,

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 comportait initialement 60 articles.

Le texte adopté par l'Assemblée nationale le 2 novembre 2016, après ajout de 41 articles additionnels, comptait 101 articles.

Le Sénat a adopté le projet de loi le 22 novembre.

Au cours de son examen, il a adopté 28 articles sans modification, modifié 51 articles, supprimé 22 articles et ajouté 20 articles additionnels.

À l'issue des travaux de la commission mixte paritaire, qui, réunie le 22 novembre 2016, n'est pas parvenue à élaborer un texte commun, 93 articles restaient en discussion.

Au cours de son examen du texte en nouvelle lecture, le 28 novembre 2016, l'Assemblée nationale a adopté 24 articles dans la rédaction issue du Sénat.

L'Assemblée nationale a apporté des modifications à 35 articles.

Elle a rétabli son texte de première lecture sur les 22 articles que le Sénat avait supprimés. Elle a supprimé 12 des 20 articles additionnels que le Sénat avait adoptés.

Ce bilan statistique illustre les désaccords de fond entre les deux assemblées qui conduisent votre commission à vous proposer en nouvelle lecture d'adopter une **motion tendant à opposer la question préalable au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.**

**Articles adoptés conformes par l'Assemblée nationale**

Numéro des articles	Intitulé des articles
7 bis	Suppression de la condition du régime réel d'imposition pour le bénéfice des exonérations renforcées à Saint Barthélemy
8 bis	Clarification de l'assiette sociale des exploitants soumis au régime fiscal du « micro-bénéfice agricole »
9 bis	Élargissement aux travailleurs indépendants des compétences de la caisse de prévoyance de Saint-Barthélemy
11	Modification de la période d'imposition de la taxe sur les véhicules de société
12	Clarification du rôle et des responsabilités des tiers-déclarants en matière sociale
13	Amélioration des outils de contrôle des cotisations et contributions sociales
14	Amélioration de l'effectivité des outils de recouvrement des cotisations en cas de détection de situations de travail illégal et clarification des délais de prescription applicables en matière de recouvrement
14 ter	Facilitation de la migration des organismes de recouvrement vers un nouveau système de prélèvement
15	Création d'une pénalité à défaut de production, lors d'un contrôle et pour chaque travailleur relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État que la France, d'un formulaire attestant de leur situation
30 bis	Simplification de l'accès à la retraite anticipée des travailleurs handicapés
33	Amélioration et simplification de la couverture vieillesse des indépendants
33 bis	Extension du bénéfice de la pension d'invalidité des travailleurs indépendants au-delà de l'âge légal de départ à la retraite
34 quater	Dématérialisation des certificats de vie demandés par les caisses de retraite françaises
36 ter	Rapport sur les modalités d'alignement des conditions d'obtention d'une rente viagère pour les ayants-droit d'un agent d'une des trois fonctions publiques victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, sur les conditions d'obtention applicables aux salariés du secteur privé.
39	Continuité des droits à la prise en charge des frais de santé et au service des prestations en espèces en cas de changement de situation professionnelle
39 bis	Diverses dispositions relatives à la protection sociale des professions agricoles
41	Extension des missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD)
42	Création d'un fonds national de la démocratie sanitaire
42 bis	Prescription de substituts nicotiques par les orthophonistes
45 quinquies A	Limite d'âge des médecins OFII
47 bis	Bon usage des dispositifs médicaux dans le cadre du télésuivi
48 bis	Expérimentation portant sur les parcours de soins et la prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques
57 bis A	Fusion des centres informatiques de l'ACOSS
60	Mesures visant à limiter les indus pour l'assurance maladie

---

## EXAMEN DES ARTICLES

### DEUXIÈME PARTIE

#### DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016

##### *Article 3*

**Ajustement de la dotation de l'assurance maladie et de la contribution du FEH et de l'ANFH au Fmespp au titre de l'exercice 2016**  
**Fixation de la contribution de la branche AT-MP à la branche vieillesse**  
**Contribution de la CNSA au plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap**

*Objet : Cet article vise à réduire le montant de la dotation de l'assurance maladie au Fmespp et à abonder ce fonds par un prélèvement sur les réserves du FEH et de l'ANFH, à fixer le montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche vieillesse pour le financement des départs en retraite anticipés, à prévoir une contribution financière de la CNSA pour le financement du plan national d'adaptation des logements privés à la perte d'autonomie.*

En première lecture, le Sénat avait voté cet article dans sa rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, en cohérence avec les aménagements apportés à l'article 53 quant à la double ponction sur les réserves de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

La commission s'était cependant alarmée du financement erratique du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp), et avait réaffirmé sa volonté de développer une vision pluriannuelle de l'abondement de cet outil.

En dépit de la situation comptable excédentaire du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), elle s'était par ailleurs interrogée sur la pratique récurrente consistant à prélever sur ses réserves, année après année, des montants d'importance variable dans le but de financer d'autres fonds ou organismes. Cette pratique pose en effet la question de l'intérêt de conserver un fonds aussi manifestement sur financé et sous utilisé, alors même qu'il est abondé par une contribution des établissements de santé, dont certains sont en grande difficulté financière.

En nouvelle lecture, sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a prévu un prélèvement supplémentaire de 60 millions d'euros sur les réserves du FEH au profit du Fmespp, ce qui vient minorer d'autant la contribution de l'assurance maladie, laquelle ne représente plus que 2 millions d'euros pour 2016.

Ce nouveau prélèvement vient s'ajouter aux 50 millions d'euros déjà prévus par le présent article, aux 40 millions d'euros décidés l'an passé, ainsi qu'aux 200 millions destinés en 2014 à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). Votre commission ne peut donc que réitérer ses interrogations quant à ce pilotage manifestement erratique, et à la nécessité de conserver le FEH.

#### *Article 4*

#### **Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2016**

*Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2016, exercice en cours, les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les tableaux d'équilibre des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.*

Sur la proposition de votre commission, le Sénat avait supprimé cet article en première lecture, considérant que les résultats présentés pour 2016 étaient obtenus par des moyens contestés.

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a rétabli le texte qu'elle avait adopté en première lecture.

#### *Article 5*

#### **Objectif national de dépenses d'assurance-maladie pour 2016**

*Objet : Cet article a pour objet de rectifier l'Ondam 2016*

Sur la proposition de votre commission, le Sénat avait supprimé cet article en première lecture, considérant que l'Ondam 2016 aurait dû être rectifié au-delà de la seule répartition par sous-secteurs, compte-tenu des dérapages observés à la fois sur les soins de ville et sur l'hôpital. L'Ondam 2016 ne peut être considéré comme ayant été respecté.

En nouvelle lecture, sur proposition de la rapporteure de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a rétabli le texte qu'elle avait adopté en première lecture.

---

## TROISIÈME PARTIE

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

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

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

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

#### Mesures de simplification et de modernisation des prélèvements sociaux

##### Article 6

*(art. 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, art. L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale, section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie, art. L. 5141-1, L. 5141-3 et L. 5141-4 du code du travail)*

#### **Plafonnement des revenus éligibles à l'exonération applicable aux BER et à l'ACCRE**

*Objet : Cet article prévoit le plafonnement de deux dispositifs d'exonération de cotisations sociales ouverts jusqu'à présent sans condition de plafond, les bassins d'emploi à redynamiser (BER) et l'aide à la création ou reprise d'entreprise (ACCRE).*

Sur proposition de votre commission, le Sénat avait adopté une nouvelle rédaction de cet article, qui visait, pour l'essentiel, à clarifier l'articulation entre le code du travail et le code de la sécurité sociale sur le dispositif de l'ACRRE et à alléger une rédaction alourdie au fil des modifications successives.

Cette rédaction n'a pas fait l'objet d'un examen par l'Assemblée nationale, le rapporteur contestant par principe, dans l'exposé des motifs de son amendement, la position prise par le Sénat : « *Cet amendement traduit donc une certaine perplexité du rapporteur à l'endroit de la position paradoxale du Sénat : pourquoi chercher à améliorer la qualité rédactionnelle d'un texte dont on n'accepte pas les grands équilibres, et dont on nie ainsi les fondements ?* »

*Le seul effet d'une telle position est de laisser en navette un grand nombre d'articles, et d'alourdir la nouvelle lecture par l'Assemblée, alors même que les modifications rédactionnelles proposées ne sont pas toujours utiles.*

*Par économie de moyens, dans des délais contraints, le rapporteur propose de retenir par principe les rédactions issues du débat devant l'Assemblée nationale. »*

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a rétabli le texte qu'elle avait adopté en première lecture, en tenant compte toutefois des nécessaires corrections apportées par le Sénat à l'entrée en vigueur du texte.

*Article 6 bis*

*(art. 28 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015  
de financement de la sécurité sociale pour 2016*

**Affiliation au RSI des personnes exerçant  
une activité réduite à fin d'insertion**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit une affiliation au RSI et le bénéfice de l'ACCRES pour les personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion.***

En première lecture, sur proposition de votre commission, le Sénat avait adopté un amendement codifiant la disposition proposée dans le code de la sécurité sociale.

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a rétabli le texte qu'elle avait adopté en première lecture.

*Article 6 ter**(art. L. 137-10 du code de la sécurité sociale)***Exemption des régimes conventionnels de branche de la contribution sur les avantages de préretraite d'entreprise**

*Objet : Cet article prévoit d'exonérer les régimes conventionnels de branche de la contribution sur les avantages de préretraite d'entreprise.*

Issu de l'adoption d'un amendement présenté par Pascale Gruny, avec l'avis favorable de la commission et l'avis défavorable du Gouvernement, cet article additionnel exonérait les régimes conventionnels de branche de la contribution sur les avantages de préretraite d'entreprise.

L'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, prévoit une contribution de 50 %, à la charge des employeurs, sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité versés « sous quelque forme que ce soit ».

Sur ce fondement, des redressements ont été récemment appliqués au congé de fin d'activité mis en place en 1997 par la branche du secteur routier. Ce dispositif, dont le coût est de 260 millions d'euros annuels, est financé pour moitié par l'État, l'autre moitié étant financée par des cotisations des employeurs et des salariés. Il permet à un conducteur ayant accompli 26 ans de conduite, de quitter son entreprise 5 ans avant l'âge légal de la retraite. Ce départ a pour contrepartie une embauche en contrat à durée déterminée.

Une négociation devrait s'engager pour faire évoluer ce dispositif et tenir compte, notamment, de la mise en place du compte pénibilité. Dans l'immédiat cet article, qui ne concerne pas que le transport routier, mais l'ensemble des accords de branche, avait pour objet de sécuriser ces dispositifs.

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, sur proposition de son rapporteur, a adopté un amendement de suppression de cet article qui a été retiré lors de la séance publique.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par Bernadette Laclais qui prévoit l'exonération du seul congé de fin d'activité du transport routier jusqu'au 31 décembre 2017, laissant ainsi le temps à la branche de conclure les négociations engagées sur ce sujet.

Cette rédaction répond ainsi à l'objectif poursuivi par l'article, sans étendre trop largement le champ de l'exonération.

*Article 7 ter [supprimé]*

*(art. 28-8 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte)*

**Application à Mayotte de la réduction forfaitaire de cotisations pour les particuliers employeurs**

***Objet : Cet article pose le principe d'une réduction forfaitaire de cotisations pour les particuliers employeurs à Mayotte.***

A la différence des cotisants de l'hexagone et des autres départements d'outre-mer, les employeurs mahorais ne bénéficient pas de la déduction forfaitaire patronale de cotisations de sécurité sociale liée à l'emploi d'une personne à domicile. En effet, le I *bis* de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale n'y est pas applicable, faute pour le législateur de l'avoir prévu alors que cette disposition relève de la compétence de l'État.

Issu de l'adoption d'un amendement présenté par Thani Mohamed Soilihi, avec l'avis favorable de la commission et l'avis défavorable du Gouvernement, cet article additionnel pose le principe d'une réduction forfaitaire de cotisations pour les particuliers employeurs à Mayotte.

Le taux des cotisations sociales étant inférieur à Mayotte, avec un calendrier de rattrapage prévu jusqu'en 2036, l'article renvoyait au décret le soin de fixer le montant de la réduction forfaitaire, qui s'élève à 2 euros dans l'hexagone et à 3,70 euros dans les départements d'outre-mer, en fonction du taux de cotisations effectivement en vigueur à Mayotte.

L'Assemblée nationale, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, a adopté un amendement de suppression de cet article.

*Article 8*

*(art. 612-5 [nouveau] du code de la sécurité sociale)*

**Réduction de cotisations des travailleurs indépendants à faibles revenus**

***Objet : Cet article a pour objet d'instaurer une réduction dégressive du taux des cotisations d'assurance-maladie des travailleurs indépendants à faibles revenus.***

Sur la proposition de votre commission, le Sénat avait adopté un amendement rédactionnel à cet article afin d'en inscrire les dispositions à l'article L. 612-4 du code de la sécurité sociale, relatif à la cotisation maladie des travailleurs indépendants, et d'y apporter quelques modifications rédactionnelles

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rétablissant le texte qu'elle avait adopté en première lecture.



*Article 8 ter**(art. L. 136-1 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale)***Fait générateur des cotisations et contributions sociales,  
habilitation du Gouvernement à simplifier et à harmoniser les définitions  
des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de modifier le fait générateur des cotisations et contributions sociales et d'habiliter le Gouvernement à prendre par ordonnance des mesures relatives à la définition des assiettes.*

À l'initiative de votre commission, le Sénat a en première lecture:

- supprimé les dispositions de cet article modifiant le fait générateur des contributions et cotisations, considérant inopportun de revenir « *sur une règle stable depuis plusieurs décennies* » ;

- restreint le champ de l'habilitation à légiférer par ordonnance, en supprimant la possibilité d'harmoniser l'état du droit, la formulation étant jugée trop vague.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par le Gouvernement, rétablissant le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, à la fois sur le fait générateur des cotisations et sur le champ de l'ordonnance, mais décalant au 1<sup>er</sup> janvier 2018 les dispositions relatives au fait générateur des cotisations et contributions sociales.

*Article 8 quater**(art. L. 136-2 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale)***Rétablissement du seuil d'assujettissement à cotisations  
et contributions sociales des indemnités de rupture du contrat de travail**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de rétablir le seuil d'assujettissement au premier euro des indemnités versées aux salariés, supprimé à l'occasion de l'abaissement du seuil pour les dirigeants et mandataires sociaux.*

Sur la proposition de votre commission, le Sénat était revenu au droit antérieur à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, rétablissant un seuil d'assujettissement au premier euro des indemnités de fin de contrat de travail et de cessation forcée d'activité des dirigeants et mandataires sociaux à 10 plafonds annuels de la sécurité sociale.

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a rétabli le texte qu'elle avait adopté en première lecture.

*Article 8 quinquies*

*(art. L. 241-6 du code de la sécurité sociale)*

**Bénéfice pour les arbitres amateurs d'une exemption  
d'assiette de cotisations et de contributions sociales**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de tirer les conséquences de la possibilité, pour certains arbitres, d'être titulaires d'un contrat de travail les liant à leur fédération.***

Aux termes de l'actuelle rédaction de l'article L. 223-3 du code du sport, « *Les arbitres et juges ne peuvent être regardés, dans l'accomplissement de leur mission, comme liés à la fédération par un lien de subordination caractéristique du contrat de travail au sens des articles L. 1221-1 et L. 1221-3 du code du travail* ».

Le 29° de l'article L. 311-3 prévoit néanmoins leur affiliation au régime général en visant les arbitres et juges mentionnés à l'article L. 223-1 du code du sport qui définit la mission des juges et arbitres sportifs.

Aux termes de l'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale, les arbitres et juges mentionnés au 29° de l'article L. 311-3 bénéficient d'une exonération de cotisations. La lettre de l'article prévoit une exonération limitée aux revenus n'excédant pas 14 % du plafond annuel de la sécurité sociale mais il est interprété, de façon constante, comme une franchise de cotisations appliquée aux sommes n'excédant pas ce montant, quel que soit le montant des sommes versées.

L'objectif du présent article, partagé par votre commission, est de réserver le bénéfice de cette exonération aux seuls arbitres non titulaires d'un contrat de travail, la possibilité de conclure un tel contrat et donc de relever du régime du salariat étant prévue par l'article 8 de proposition de loi présentée par nos collègues Dominique Bailly et Didier Guillaume visant à préserver l'éthique du sport, à renforcer la régulation et la transparence du sport professionnel et à améliorer la compétitivité des clubs, adoptée par le Sénat en première lecture le 26 octobre 2016 et actuellement en instance à l'Assemblée nationale.

Sur proposition de votre commission, le Sénat avait adopté quatre modifications principales à cet article.

Il avait tout d'abord souhaité mettre en accord le texte et la pratique en modifiant l'article L. 241-16 pour lever l'ambiguïté et prévoir effectivement une franchise de cotisations.

Il avait ensuite considéré que si certains arbitres étaient titulaires d'un contrat de travail et relevaient donc désormais du droit commun du code de la sécurité sociale, le 29° de l'article L. 311-3 qui affilie les arbitres au régime général à titre dérogatoire devait viser uniquement ceux qui ne sont pas titulaires d'un tel contrat.

Il en avait tiré la conséquence que la référence pertinente du code du sport n'était plus celle qui définit les missions des arbitres (L. 223-1) mais celle qui établit qu'ils ne sont pas titulaires d'un contrat de travail (L. 223-3) tant dans sa rédaction actuelle que dans sa rédaction issue des travaux du Sénat sur la proposition de loi en cours de navette.

Il avait enfin souhaité clarifier les obligations déclaratives des fédérations sportives, le contrôle de la bonne application de l'exonération prévue semblant actuellement faire défaut.

Ces modifications n'ont pas été comprises le Gouvernement, et à sa suite, l'Assemblée nationale a considéré que la rédaction adoptée par le Sénat ne réservait pas l'exonération aux seuls arbitres non professionnels, contrairement à l'intention originelle du Gouvernement.

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a rétabli le texte qu'elle avait adopté en première lecture.

*Article 8 sexies [supprimé]  
(art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale)*

**Extension aux établissements publics de coopération intercommunale  
gérant des services d'aide à domicile des exonérations accordées  
aux centres communaux d'action sociale**

*Objet : Cet article étend aux EPCI gérant des SAAD les exonérations dont bénéficient les CCAS.*

Issu de l'adoption de quatre amendements identiques présenté par Françoise Gatel, Philippe Mouiller, Gilbert Barbier et Jean Desessard et plusieurs de leurs collègues avec l'avis favorable de la commission et l'avis défavorable du Gouvernement, cet article étend aux EPCI à qui des compétences en matière d'aide sociale ont été transférées et qui peuvent gérer à ce titre en régie des services d'aide à domicile, sans en avoir transféré la gestion à un centre intercommunal d'action sociale (CIAS), les exonérations de cotisations applicables aux CCAS.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, a adopté un amendement de suppression de cet article.

*Article 9*

*(art. L. 133-1-1 à L. 133-1-6 [nouveaux], art. L. 133-5-2 [nouveau], section 2 du chapitre III bis du titre III du livre Ier, art. L. 133-6-9, art. L. 136-5, art. L. 213-1, art. L. 225-1-1, art. L. 611-4, art. L. 611-8, art. L. 611-16, art. L. 611-20, art. L. 136-5 du code de la sécurité sociale, art. L. 6331-51 du code du travail, art. 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 instituant un interlocuteur social unique pour les indépendants.*

**Organisation du recouvrement des cotisations sociales  
des travailleurs indépendants**

***Objet : Cet article a pour objet de mettre en place une nouvelle organisation du recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants.***

En première lecture, le Sénat, sur proposition de votre commission, avait adopté des modifications rédactionnelles à cet article et supprimé la demande de rapport de l'Acoss au Gouvernement sur le découplage des systèmes d'informations nécessaire à l'amélioration du recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, a adopté neuf amendements à cet article, revenant sur certaines modifications rédactionnelles et rétablissant la demande de rapport.

*Article 10*

*(art. L. 613-1 et art. L. 133-6-7-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale)*

**Distinction entre revenus du patrimoine et revenus professionnels.**

**Affiliation des personnes exerçant une activité  
via les plateformes collaboratives**

***Objet : Cet article a pour objet de clarifier le droit applicable aux revenus tirés des activités de location de locaux d'habitation meublés et de biens meubles.***

En première lecture, le Sénat, sur proposition de votre commission, avait modifié cet article sur deux points.

Il avait défini un seuil unique de recettes au-delà duquel les activités exercées sont considérées comme ayant un caractère professionnel.

---

Il avait appelé à la mise en place d'outils permettant une meilleure effectivité des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine tirés d'une activité exercée via les plateformes collaboratives, considérant qu'avant même d'imaginer des dispositifs nouveaux, il importait de sécuriser les prélèvements sur des revenus qui ne sont actuellement le plus souvent ni déclarés, ni contrôlés.

Saisi après le vote du texte de la question des meublés de tourisme en zone rurale, dont les propriétaires peuvent avoir consenti de lourds investissements et ne dégager de ce fait qu'un revenu réel très faible, alors que le chiffre d'affaires peut sembler important et excède le seuil fixé par le présent article, votre rapporteur général reconnaît une difficulté réelle. Ces personnes supportent actuellement des prélèvements sociaux de 15,5 % sur une assiette abattue à 71 % et devraient supporter des prélèvements de 13,3 % sur la totalité de leur chiffre d'affaires, ce qui représente un effet de seuil considérable et une complexité accrue représentée par l'obligation, le cas échéant, de s'affilier à un autre régime de sécurité sociale.

Comme l'avait souligné votre rapporteur général en première lecture, cet article fait ressurgir des difficultés réelles de notre système de protection sociale, sa complexité, en particulier pour les pluriactifs, et son coût, le niveau des prélèvements étant très important par rapport à la contrepartie attendue. Cet article soulève également la question de l'adaptation des régimes de forfait aux activités dégageant de faibles revenus dans la mesure où la simplicité réellement attractive des dispositifs se traduit en fait par un coût élevé pour les personnes ayant fait ce choix.

Votre rapporteur général souligne tout l'intérêt qu'il y aurait, pour les professionnels du chiffre, à proposer une offre adaptée en termes de coût, à des activités en démarrage ou ne dégageant de façon durable qu'un revenu faible, tout en présentant par ailleurs, une richesse pour le patrimoine, les territoires et leur développement.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de réécriture globale de cet article présenté par le Gouvernement.

Dans sa nouvelle rédaction, le 1<sup>o</sup> du présent article complète tout d'abord l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale, relatif au régime micro-social, pour prévoir un abattement de 84 % appliqué aux cotisations des personnes exerçant une activité de location de meublés de tourisme dont les recettes excèdent 23 000 euros. Au régime micro-social, ces personnes supporteraient donc un taux de cotisations de 5,9% sur leur chiffre d'affaires dans les limites prévues par ce régime.

Le 2<sup>o</sup> de l'article reprend les dispositions relatives à la déclaration des revenus et au prélèvement des cotisations par les plateformes. Il n'apporte pas plus de précisions sur la façon dont les plateformes peuvent apprécier les seuils applicables lorsque les usagers passent par plusieurs plateformes et s'enrichit de surcroît de la possibilité de déclarer les cotisations au régime général.

Le 3° de l'article complète l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale qui permet l'affiliation au régime général de personnes qui ne sont pas des salariés par un 35° qui prévoit l'affiliation au régime général, sur option, des personnes exerçant une activité de location de meublés de courte durée ou de biens meubles. Cet article ne précise pas comment il peut être fait masse des cotisations pour les personnes qui sont déjà affiliées au régime général et pourraient ainsi compléter leurs droits.

Le 4° de l'article rétablit les deux seuils de 23 000 euros et de 7 200 euros pour l'affiliation au RSI tout en ajoutant la possibilité de l'option pour une affiliation au régime général.

A l'issue des travaux de l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, pour les personnes qui ne choisiraient pas le régime réel, la comparaison avec le régime actuel est résumée dans le tableau suivant.

**Comparaison des taux de prélèvements sociaux applicables entre le régime actuel et celui défini par l'article 10**

	Conditions	Assiette	Taux	Taux effectif
<i>Meublés de tourisme</i>				
Régime actuel	Art 155 CGI	recettes avec abattement de 71 %	15,50%	4,50%
Nouvelle rédaction de l'article 10	recettes > 23 000 €	recettes	5,90%	5,90%
Option régime général	recettes > 23 000 €	recettes avec abattement de 87 %	45,00%	5,85%
<i>Autres locations meublées</i>				
Régime actuel	revenus du patrimoine au 1 <sup>er</sup> €	recettes avec abattement de 50 %	15,50%	7,75%
Nouvelle rédaction de l'article 10	recettes > 23 000 €	recettes	22,40%	22,40%
Option régime général	recettes > 23 000 €	recettes avec abattement de 60 %	45,00%	18%
<i>Location de biens meubles</i>				
Régime actuel	revenus du patrimoine au 1 <sup>er</sup> €	recettes avec abattement de 50 %	15,50%	7,75%
Nouvelle rédaction de l'article 10	recettes > 7 723 €	recettes	22,40%	22,40%
Option régime général	recettes > 7 723 €	recettes avec abattement de 60 %	45,00%	18%

---

*Article 10 bis [supprimé]*

**Exonération des cotisations d'assurance vieillesse  
des médecins retraités exerçant en zone sous-dense**

*Objet : Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, assouplit les règles du cumul emploi-retraite pour les médecins exerçant en zone sous-dense.*

Cet article résulte de l'adoption en séance publique par le Sénat, avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement, d'un amendement de notre collègue Jean-Noël Cardoux, déjà adopté l'an dernier, ainsi que l'année précédente, par le Sénat.

Il prévoit une exonération des cotisations sociales destinées au financement des prestations d'assurance vieillesse de base pour les médecins et infirmiers retraités exerçant dans des zones où l'offre de soins est déficitaire.

Sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a supprimé cet article en nouvelle lecture, considérant qu'une absence de cotisation forfaitaire et une dispense de cotisation étaient déjà applicables aux médecins dont les revenus sont inférieurs à 11 500 euros par an.

Votre commission regrette que cette disposition n'ait pu recueillir l'accord de l'Assemblée nationale alors qu'elle pourrait contribuer à la lutte contre les déserts médicaux.

*Article 11 bis*

**Augmentation des seuils de revenu fiscal de référence  
ouvrant droit à l'exonération et au taux réduit de contributions sociales  
sur les revenus de remplacement**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de relever les seuils de revenu fiscal de référence en dessous desquels les bénéficiaires de revenus de remplacement bénéficient de l'exonération et du taux réduit de la CSG et de la CRDS.*

En première lecture, sur proposition de votre commission, le Sénat avait adopté un amendement modifiant les conditions d'entrée en vigueur de cet article, pour reprendre celles qui avaient été définies par la LFSS pour 2015 pour la mesure relative au revenu fiscal de référence.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par Valérie Rabault et plusieurs de ses collègues rétablissant sur ce point le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

## CHAPITRE II

### Mesures relatives au recouvrement

#### *Article 12 bis*

#### **Pérennisation du régime transitoire applicable au versement des cotisations sociales par les caisses de congés payés**

*Objet : Cet article, inséré par le Sénat en première lecture, pérennise le régime transitoire applicable au versement des cotisations sociales par les caisses de congés payés.*

Cet article résulte de l'adoption par le Sénat, avec un avis défavorable de la commission et du Gouvernement, de trois amendements identiques présentés par Roland Courteau, Agnès Canayer et Jean Desessard et plusieurs de leurs collègues pérennisant le régime transitoire applicable au versement des cotisations sociales par les caisses de congés payés prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Tout en marquant son accord avec l'objectif poursuivi par cet amendement, votre commission avait estimé que le régime transitoire restait complexe et que son échéance, janvier 2018, devait permettre de travailler à une solution pérenne plus simple.

Sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de coordination avec les modifications introduites par l'article 49 de la loi du 7 juillet 2016 relative à la liberté de la création, à l'architecture et au patrimoine, qui a exclu la caisse des congés payés spectacles du dispositif prévu par la LFSS pour 2015.

#### *Article 14 bis*

*(art. 122 de la loi n° 2005-1720 de finances rectificative pour 2005)*

#### **Prolongation et extension du plan d'apurement de la dette agricole en Corse**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de prolonger et d'étendre le plan d'apurement de 2005.*

Sur proposition de votre commission, le Sénat a supprimé cet article, considérant qu'un plan d'apurement décidé en 2004 n'avait pas vocation à devenir permanent.



La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a confirmé cette suppression.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par François Pupponi et plusieurs de ses collègues, rétablissant cet article dans la rédaction qu'elle avait adoptée en première lecture.

### CHAPITRE III

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

##### *Article 16*

##### *(art. 137-27 à L. 137-29 [nouveaux] du code de la sécurité sociale)* **Contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac**

*Objet : Cet article institue une contribution sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de produits du tabac.*

En première lecture, le Sénat a supprimé cet article, considérant que les effets de cette taxe n'étaient pas précisément connus alors que d'autres leviers sont disponibles pour augmenter la fiscalité sur les produits du tabac.

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rétablissant le texte adopté en première lecture, assorti d'un sous-amendement présenté par le Gouvernement, qui tente d'encadrer la façon dont la contribution sera répercutée par les fournisseurs. Il est ainsi prévu, que pour des produits identiques, la répercussion de la contribution ne peut avoir pour effet de conduire à ce que « la part nette de ce prix attribuée aux différents producteurs diffère de plus de 5 % ». Aucun mécanisme n'est, par ailleurs, prévu pour la vérification des différences de marge éventuelles, pour un dispositif dont le principe même n'est pas sans soulever certaines interrogations.

*Article 18*

*(art. L. 138-10 à L. 138-16, L. 138-19-1 à L. 138-19-4  
et L. 138-19-7 du code de la sécurité sociale)*

**Aménagement des dispositifs de régulation des médicaments  
(clause de sauvegarde et contribution hépatite C)**

*Objet : Cet article tend à décomposer le mécanisme de la clause de sauvegarde de l'Ondam, dit taux L, en deux mécanismes de régulation distincts pour la ville et l'hôpital. Il propose par ailleurs de prolonger l'application de l'enveloppe W à l'année 2017.*

En première lecture, sur la proposition de votre commission, le Sénat a supprimé la différenciation du mécanisme de régulation dit « taux L » en un double mécanisme applicable à la médecine de ville et à l'hôpital.

Dans ce même but de simplification, et en complément de l'amendement gouvernemental adopté à l'Assemblée nationale prévoyant de faire porter le taux L sur l'évolution du chiffre d'affaires brut des entreprises – c'est-à-dire sans en retrancher les remises conventionnelles versées par les laboratoires dans le cadre des contrats passés avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) –, il a prévu que la remise versée au titre du taux L ne soit pas déduite du chiffre d'affaires de l'année « n - 1 », afin de rendre les assiettes comparables d'une année sur l'autre.

Estimant enfin qu'il avait déjà porté ses fruits sur la fixation du prix des médicaments contre l'hépatite C, il a supprimé la prorogation pour 2017 du mécanisme dit « W ».

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rétablissant le texte adopté en première lecture.

---

*Article 18 bis [supprimé]*  
(art. L. 138-1 du code de la sécurité sociale)  
**Sortie des médicaments génériques de l'assiette  
de la contributions sur les ventes directes**

*Objet : Cet article introduit au Sénat à l'initiative de Corinne Imbert, vise à extraire les médicaments génériques de l'assiette de la contribution sur les ventes de médicaments en gros prévue à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale.*

L'Assemblée nationale, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, a adopté un amendement de suppression de cet article.

*Article 19 bis*  
(art. L. 912-1 du code de la sécurité sociale)  
**Clauses de désignation**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de prévoir une clause de désignation pour les accords collectifs complémentaires d'entreprise en matière de prévoyance.*

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rétablissant le texte adopté en première lecture, que le Sénat avait supprimé.

## TITRE II

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

#### Article 20

(art. L. 131-8, L. 135-2, L. 135-3, L. 136-8, L. 223-1, L. 241-2, L. 241-3, L. 245-16, L. 413-6, L. 413-10, L. 413-11-2, L. 437-1, L. 635-1, L. 651-2-1, L. 862-4 et L. 134-15 du code de la sécurité sociale, art. L. 731-2, L. 731-3, L. 732-58, L. 753-1, L. 753-2, section 2 et 3 du chapitre III du titre V du livre VIII, L. 753-4, L. 753-5, L. 753-6, L. 753-7, L. 753-12, L. 753-15, L. 753-19, L. 753-20 et L. 753-22 du code rural et de la pêche maritime, art. L. 14-10-1 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, art. 1609 viciés, art. 1618 et art. 1622 du code général des impôts, art. 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, art. 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.)

**Prise en charge par l'État des mesures d'exonérations  
précédemment compensées à la sécurité sociale, réaffectation de recettes,  
suppression du FCAT et du FCATA, transferts de charges et sécurisation  
du versement des retraites complémentaires des artisans du BTP**

*Objet : Cet article tire les conséquences, pour la répartition des recettes entre branches et entre régimes, des mesures de compensation de l'État à la sécurité sociale, procède à une nouvelle réforme du financement du FSV, supprime deux fonds de la branche AT-MP et sécurise le versement des pensions du régime des artisans du BTP.*

Outre des modifications rédactionnelles, le Sénat avait adopté en première lecture, sur proposition de votre commission, deux modifications de fond à cet article.

Comme les années précédentes, votre commission a souhaité la suppression du 10° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, selon les termes duquel le FSV assure : « le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes lorsque les dispositions les instituant le prévoient ».

---

Votre commission considère qu'il s'agit d'un droit de tirage sur le fonds formulé dans des termes particulièrement vagues et qui permettrait de solliciter le financement du fonds pour des dispositifs instaurés par voie réglementaire. Il s'agit pour elle non pas d'« un toilettage inopportun » selon les propos du rapporteur de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale dans l'exposé des motifs de son amendement de rétablissement du 10°, mais d'une question intéressant le droit du Parlement à se prononcer, dans le cadre du PLFSS, sur toute nouvelle mesure affectant les charges du Fonds de solidarité vieillesse, dont le déficit reste le plus élevé dans le champ de la sécurité sociale.

Le Sénat avait également affecté le produit des réserves de la section III du FSV, non à l'assurance-maladie, comme prévu par le texte initial, mais au financement de la part du minimum contributif qui revient au FSV. Le transfert de la charge du minimum contributif aux régimes est en effet progressif tandis que le transfert de l'ensemble des produits affectés à cette charge est immédiat. En 2017, le FSV devrait enregistrer un déficit de 2,5 milliards d'euros au titre du financement du minimum contributif avec 2,5 milliards de charges et zéro produit.

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rétablissant sur ce point le texte adopté en première lecture.

Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a également adopté un amendement modifiant, pour 0,09 point, soit environ 12 millions d'euros, la répartition du produit de la taxe sur les salaires entre la branche maladie et la branche famille au profit de cette dernière. D'après l'exposé sommaire, il s'agit de garantir la neutralité pour le régime général de la compensation de la mesure portée par l'article 11 bis qui réduit les recettes de CSG sur les revenus de remplacement pour un montant estimé à 280 millions d'euros. La compensation de cette perte de recettes serait assurée par une mesure de trésorerie prévue par l'article 34 du projet de loi de finances rectificative pour 2016 qui crée une contribution supplémentaire à la C3S due l'année de la réalisation du chiffre d'affaires et déductible de la contribution versée l'année suivante pour les redevables dont le chiffre d'affaires est supérieur à 1 milliard d'euros. Cette contribution supplémentaire, due à partir de 2017 et dont le produit brut est de 400 millions d'euros, est affectée à la branche maladie. D'après l'exposé des motifs de l'article 34 du PLFR, « *ce montant sera pris en compte dans le cadre des relations financières entre l'État et la sécurité sociale (en adaptant le PLF 2017 en cours d'examen), afin de neutraliser l'impact sur le solde de la sécurité sociale et d'assurer un impact positif sur le solde budgétaire de l'État* ». Le produit de cette mesure excède en effet la perte de recettes de la sécurité sociale et se traduit par une moindre recette de 80 millions d'euros pour l'État.

L'Assemblée nationale a également adopté un amendement présenté par Joëlle Huillier, prévoyant que l'arrêté répartissant le solde des recettes de prélèvements sociaux entre les sections 1 et 3 de la CNSA serait pris après avis du conseil de la CNSA.

*Article 22*

**Tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes  
obligatoires de base pour 2017**

*Objet : Cet article détermine, par branches, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2017 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.*

En première lecture, le Sénat avait supprimé cet article portant approbation des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base.

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rétablissant le texte adopté en première lecture.

*Article 23*

**Tableau d'équilibre du régime général pour 2017**

*Objet : Cet article détermine, par branche, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2017 du régime général de la sécurité sociale*

En première lecture, le Sénat avait supprimé cet article portant approbation des tableaux d'équilibre du régime général de la sécurité sociale pour 2017.

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rétablissant le texte adopté en première lecture.

---

*Article 24*

**Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV), fixation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale, des prévisions de recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites et des prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse**

*Objet : Cet article détermine, pour l'année 2017, le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base (FSV), l'objectif d'amortissement de la dette sociale, le montant des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de celles mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.*

En première lecture, le Sénat avait supprimé les alinéas portant approbation du tableau d'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse.

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociale, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rétablissant le texte adopté en première lecture.

*Article 26*

**Approbation du rapport de l'annexe B (trajectoire 2017 à 2020)**

*Objet : Cet article soumet à l'approbation du Parlement un cadrage pluriannuel des recettes et des dépenses de la sécurité sociale ainsi que de l'Ondam pour les années à venir.*

En première lecture, le Sénat avait supprimé cet article portant approbation de l'annexe B, qui décrit le cadrage pluriannuel des recettes et des dépenses de la sécurité sociale.

En nouvelle lecture, sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociale, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rétablissant le texte adopté en première lecture.

## QUATRIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017

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

#### DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

*Article 27*

(art. L. 523-1, L. 581-2, L. 581-6, L. 581-10,  
L. 582-1 et L. 582-2 [nouveaux], L. 583-3, L. 583-5 [nouveau],  
et L. 755-3 du code de la sécurité sociale, art. 373-2-2 du code civil  
et art. 1<sup>er</sup> de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975  
relative au recouvrement public des pensions alimentaires)

**Recouvrement des créances de pensions alimentaires**

*Objet : Cet article prévoit l'extension des missions et pouvoirs des caisses d'allocations familiales en matière de recouvrement des impayés de pensions alimentaires.*

Sans rétablir la rédaction initiale, l'Assemblée nationale a adopté, en nouvelle lecture, plusieurs amendements revenant sur les apports du Sénat au présent article.

S'agissant de la déclaration « hors d'état » des débiteurs violents, tout en considérant, contrairement à ce que soutenait la ministre des familles en séance publique au Sénat, que la rédaction initiale n'était pas satisfaisante, l'Assemblée nationale est revenue sur la solution proposée par le Sénat, qui consistait à ne pas toucher aux dispositions législatives pour laisser au pouvoir réglementaire le soin de modifier l'article D. 523-2 du code de la sécurité sociale<sup>1</sup>, qui détermine les cas dans lesquels un débiteur peut être déclaré hors d'état.

---

<sup>1</sup> Créé par l'article 5 du décret n° 2016-842 du 24 juin 2016 relatif à la garantie contre les impayés de pensions alimentaires et modifiant les dispositions relatives à l'allocation de soutien familial.



---

Les députés, sur proposition de la rapporteure de la commission des affaires sociales, ont jugé plus clair de préciser que, lorsque le juge a décidé de l'intermédiation de la CAF pour les motifs prévus à l'article 373-2-2 [nouveau]<sup>1</sup> du code civil, le débiteur ne peut être déclaré hors d'état sur ce motif.

Par ailleurs, le Sénat avait souhaité, sur proposition de votre rapporteur et avec un avis favorable du Gouvernement, préciser que la décision de la CAF relative à l'homologation ou non de l'accord par lequel les parents fixent le montant de la pension alimentaire n'était susceptible d'aucun recours<sup>2</sup>. L'Assemblée nationale, sur proposition du Gouvernement, a remplacé cette précision par une disposition se bornant à rappeler le droit applicable, c'est-à-dire que les parents conservent la possibilité de saisir le juge aux affaires familiales, non pas pour qu'il se prononce sur la décision de la caisse mais afin qu'il homologue directement leur accord, en application de l'article 373-2-7 du code civil. La question de la possibilité de contester la décision de la CAF, bien qu'elle apparaisse purement théorique compte tenu de la possibilité qu'ont les parents de saisir directement le juge aux affaires familiales, n'est donc pas tranchée.

L'Assemblée nationale a en outre rétabli des dispositions dont le Sénat avait estimé qu'elles relevaient du domaine règlementaire. Elle a ainsi jugé qu'il était de la compétence du législateur de préciser que l'information par la CAF du débiteur pour lequel le juge a décidé une intermédiation se fasse par une lettre recommandée avec demande d'avis de réception et que la demande d'homologation formulée par les parents peut être transmise par voie dématérialisée.

L'Assemblée nationale a également adopté un amendement du Gouvernement précisant que, en cas de changement de situation, « *les parents qui ont conclu un nouvel accord le transmettent* » là où la rédaction initiale prévoyait que « *les parents transmettent un nouvel accord* ».

Enfin, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de la rapporteure visant à assurer la coordination des dispositions introduites par le présent article avec des modifications introduites dans le code de la sécurité sociale par la loi du 18 novembre 2016<sup>3</sup> (loi « Justice du XXI<sup>ème</sup> siècle), qui doit entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017<sup>4</sup> et qui prévoit notamment la fixation par acte notarié de la pension alimentaire lorsque des époux divorcent par consentement mutuel sans avoir recours au juge.

---

<sup>1</sup> Cet article prévoit que, lorsque le débiteur « a fait l'objet d'une plainte déposée à la suite de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou sur l'enfant ou d'une condamnation pour de telles menaces ou violences ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice », le juge peut prévoir le versement de la pension alimentaire par l'intermédiaire de la caisse d'allocations familiales.

<sup>2</sup> La rédaction initiale du projet de loi précisait que cette décision n'était pas susceptible de recours devant la commission de recours amiable de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>ème</sup> siècle.

<sup>4</sup> Le Conseil constitutionnel a validé les dispositions en questions dans sa décision n° 2016-739 DC du 17 novembre 2016.

La rédaction proposée crée ainsi un IV à l'article L. 523-1 qui énumère les actes ou accords fixant le montant d'une pension alimentaire et dont le non-respect peut entraîner l'action des caisses d'allocations familiales en vue du recouvrement de la pension en question ou du versement d'une allocation de soutien familial différentielle.

*Article 28*

*(art. L. 133-5-8, L. 133-5-12 [nouveau],  
L. 133-8-3, L. 531-5, L. 531-8 et L. 531-8-1 [nouveau]  
du code de la sécurité sociale et art. L. 1271-1 du code du travail)*

**Intermédiation de la rémunération des salariés du particulier employeur  
et réforme du circuit de versement du complément  
de libre choix du mode de garde**

*Objet : Cet article prévoit la possibilité pour les particuliers employeurs de déléguer la rémunération de leur salarié à l'organisme de déclaration et de recouvrement des cotisations et contributions sociales et modifie les modalités de versement du complément de libre choix du mode de garde.*

Sur proposition de la rapporteure de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale est revenue à la rédaction qu'elle avait adoptée en première lecture, rétablissant la condition de la transmission d'un accord écrit et préalable pour l'intermédiation de la rémunération du salarié du particulier employeur ainsi que les dispositions relatives à la mise en œuvre du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu, que le Sénat avait supprimées.

*Article 28 bis [supprimé]*

*(art. L. 531-4 du code de la sécurité sociale)*

**Principe de libre choix pour les familles,  
pour un congé parental à durée constante (jusqu'à 3 ans)  
que les parents le partagent ou pas**

*Objet : Cet article, inséré par le Sénat sur proposition de Mme Laurence Cohen et plusieurs de ses collègues, modifiait la rédaction des dispositions du code de la sécurité sociale relative au congé parental.*

Le présent article était issu d'un amendement de notre collègue Laurence Cohen et des sénateurs du groupe CRC, adopté en séance publique.

---

Les auteurs de cet amendement faisaient valoir leur opposition à la réforme du congé parental telle qu'elle a été mise en œuvre par le Gouvernement à la suite de la loi du 4 août 2014<sup>1</sup>. Partageant les motivations des auteurs de l'amendement mais relevant que, dans la rédaction proposée, il ne permettait pas de satisfaire l'objectif qu'ils poursuivent, votre rapporteur avait émis un avis de sagesse.

L'Assemblée nationale a supprimé le présent article, sur proposition de la rapporteure.

*Article 29*

**Objectifs de dépenses de la branche famille**

***Objet : Cet article fixe à 49,9 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche famille.***

L'Assemblée nationale a rétabli le présent article, qui fixe l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2017 et que le Sénat avait supprimé.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes

## TITRE II

### DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

*Article 34 ter*  
*(art. 43 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014*  
*garantissant l'avenir et la justice du système de retraites)*  
**Report de l'entrée en vigueur**  
**de la liquidation unique des régimes alignés (LURA)**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, vise à reporter l'entrée en vigueur de la liquidation unique des régimes alignés du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> juillet 2017.*

Face aux obstacles techniques rencontrés par les régimes de retraite concernés par la mise en œuvre de la liquidation unique des régimes alignés (LURA), l'Assemblée nationale, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, a inséré cet article visant à reporter l'entrée en vigueur du dispositif prévu initialement le 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 1<sup>er</sup> juillet 2017.

Pleinement convaincu de l'apport majeur que constitue la LURA mais conscient des difficultés soulevées par certains régimes considérant la date du 1<sup>er</sup> juillet comme encore trop ambitieuse, le Sénat, à l'initiative de votre commission, avait repoussé cette date butoir au 1<sup>er</sup> octobre 2017.

Votre rapporteur avait en effet précisé que la date effective d'entrée en vigueur de la LURA devant être fixée par décret, ce nouveau décalage ne changeait rien à l'empressement dont devaient faire preuve les régimes à tout mettre en œuvre pour qu'elle soit opérationnelle le plus rapidement possible. Il ne semblait toutefois pas souhaitable que la date fixée dans la loi ne soit pas respectée ni que le législateur ait à rediscuter dans l'urgence d'un nouveau report.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a toutefois rétabli la date du 1<sup>er</sup> juillet 2017 comme date limite d'entrée en vigueur de la LURA.

Votre rapporteur demeurera attentif dans les mois qui viennent au respect de cette échéance.

*Article 35***Objectifs de dépenses de la branche vieillesse**

***Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2017.***

A l'instar de l'ensemble des articles fixant les objectifs de dépenses de ce PLFSS, cet article avait été supprimé par le Sénat en première lecture en raison de l'opposition des sénateurs à l'encontre de la politique du Gouvernement en matière de retraites.

L'Assemblée nationale a rétabli cet article dans sa rédaction issue du projet de loi initial.

### TITRE III

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

*Article 36 bis [supprimé]  
(Art. 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998  
de financement de la sécurité sociale pour 1999)*

### **Information en cas de demande de modification ou d'annulation de l'inscription d'un établissement sur la liste ouvrant droit à l'allocation de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)**

Cet article résulte de l'adoption par le Sénat, avec avis favorable de la commission des affaires sociales mais défavorable du Gouvernement, de trois amendements identiques, proposés par Aline Archimbaud et les membres du groupe écologiste, Jean-Pierre Godefroy et les membres du groupe Socialiste et républicain et Laurence Cohen et les membres du groupe Communiste, républicain et citoyen.

Pour qu'un travailleur de l'amiante qui tombe malade puisse recevoir l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, l'Acaata, l'entreprise dans laquelle il a travaillé en contact avec ce matériau hautement cancérigène et qui est à l'origine de sa maladie doit être inscrite sur une liste établie par arrêté ministériel après consultation de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, la Direccte, et de la commission accidents du travail-maladies professionnelles ou CAT-MP.

La loi du 23 décembre 1998 précise que cette inscription ne peut intervenir qu'après information de l'employeur. Lorsqu'un établissement a été inscrit à la demande d'un salarié, d'une association ou d'un syndicat et que ses dirigeants réclament l'annulation ou la modification de l'arrêté d'inscription, la loi ne prévoit pas d'en informer le demandeur.

Suivant l'avis des auteurs des amendements, le Sénat a considéré que l'asymétrie d'information prive le demandeur de la possibilité de faire valoir, en temps voulu, ses arguments auprès des pouvoirs publics dans des délais raisonnables. Le Sénat a donc inscrit dans la loi l'obligation d'information de toutes les parties avant toute décision d'annulation ou de modification d'un arrêté d'inscription.

Considérant cette disposition inopportune et les garanties de droit actuel suffisantes, l'Assemblée nationale a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur de la commission des affaires sociales.

---

*Article 37***Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2017**

*Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses pour 2017 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général en particulier.*

Considérant que la hausse continue de la part mutualisée des dépenses, en particulier des dépenses de transfert, financées dans leur quasi-intégralité par les cotisations employeurs, est de nature à contrarier les efforts réalisés pour renforcer la logique de prévention, le Sénat avait, à l'initiative de la commission des affaires sociales, supprimé les objectifs de dépenses de la branche.

A l'initiative de sa commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale les a rétablis.

## TITRE IV

### DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

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

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

##### *Article 38*

*(articles L. 169-2-1 [nouveau], L. 169-3 à L. 169-5, L. 169-8, L. 169-10 et L. 169-11 du code de la sécurité sociale ; art. L. 3131-9-1 [nouveau] du code de la santé publique ; art. 21-6, 21-7, 21-9 et 21-10 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ; art. 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales)*

#### **Prise en charge des soins des victimes d'actes de terrorisme**

*Objet : Cet article propose plusieurs modifications du régime de prise en charge dérogatoire des soins pour les victimes d'actes de terrorisme dans le but d'améliorer le périmètre et la durée de leur couverture par l'assurance maladie, d'assurer la mise en cohérence avec les autres dispositifs d'indemnisation et d'instituer un système de recueil de données permettant le suivi du parcours de soins des personnes concernées.*

Cet article avait été voté par le Sénat sans aménagement majeur en première lecture, moyennant cependant l'adoption d'un amendement gouvernemental apportant diverses précisions quant à la prise en charge des consultations psychiatriques rendues nécessaires par les conséquences d'un acte de terrorisme, ainsi que sur l'entrée en vigueur du présent article.

Un amendement voté par la commission des affaires sociales à l'initiative de votre rapporteur général, qui visait à la fois à améliorer la rédaction globale du nouvel article L. 3131-9-1 du code de la santé publique relatif à la mise en place d'un dispositif de recueil d'informations à caractère personnel sur les victimes d'actes de terrorisme, et à définir plus précisément les objectifs et les modalités de la collecte et de la gestion de ces données dans le but de garantir la protection de la vie privée des victimes, avait été retiré en séance publique au terme d'un échange avec le Gouvernement.



Les préoccupations exprimées par votre commission quant à la protection de la vie privée ont cependant finalement été prises en compte, en nouvelle lecture, par l'Assemblée nationale qui a adopté en ce sens un amendement de sa rapporteure pour l'assurance maladie, puis un amendement du Gouvernement. Les améliorations rédactionnelles proposées par le Sénat, qui visaient notamment à supprimer du texte proposé plusieurs précisions superfétatoires, n'ont cependant pas été retenues.

L'Assemblée nationale a par ailleurs adopté un amendement de sa rapporteure visant à corriger une erreur matérielle, ainsi qu'un amendement du Gouvernement visant à étendre le dispositif de la liste unique des victimes (LUV) à toutes les victimes ayant bénéficié d'une provision par le fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) ou d'une décision d'indemnisation par le juge civil.

*Article 39 ter*

*(art. L. 111-2, L. 115-6, L. 134-4, L. 160-1, L. 160-5, L. 160-10, L. 161-15-4, L. 161-16-1, L. 161-36-5 [nouveau], L. 325-1, L. 376-1 et L. 381-8 du code de la sécurité sociale)*

**Protection universelle maladie**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à prévoir des ajustements rédactionnels pour la mise en place de la PUMA.*

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel proposé par la commission des affaires sociales.

*Article 39 quinquies*

**Expérimentation du financement, par le fonds d'intervention régional, de la vaccination antigrippale par les pharmaciens**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, autorise l'Etat à expérimenter le financement, par le fonds d'intervention régional (Fir), de la vaccination des adultes par les pharmaciens contre la grippe saisonnière.*

A l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat avait précisé que l'expérimentation de la vaccination antigrippale devait être destinée aux populations cibles de cette vaccination, soit les bénéficiaires d'un bon de prise en charge.

Considérant que cette précision était trop restrictive, l'Assemblée nationale a adopté, en nouvelle lecture, deux amendements identiques déposés par Dominique Orliac et plusieurs de ses collègues du groupe Radical, républicain, démocrate et progressiste et par Michèle Delaunay pour la supprimer.

Elle a également adopté un amendement du Gouvernement tendant à préciser le champ des dérogations permises par l'expérimentation ainsi que le fait que les modalités de rémunérations des pharmaciens seront déterminées par décret

*Article 39 sexies*

**Expérimentation de la détention de vaccins contre la grippe saisonnière  
par les médecins généralistes**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, ouvre la possibilité d'expérimenter la détention par le médecin généraliste de vaccins contre la grippe saisonnière pour les personnes identifiées à risque.*

En nouvelle lecture, à l'initiative de Michèle Delaunay, l'Assemblée nationale a étendu le champ de l'expérimentation à l'ensemble de la population adulte afin de prévoir le parallèle avec l'extension opérée à l'article précédent concernant la vaccination par les pharmaciens.

*Article 40*

**Expérimentation d'une prise en charge de consultations  
pour des jeunes en souffrance psychique âgés de 6 à 21 ans**

*Objet : Cet article prévoit d'expérimenter la prise en charge par le fonds d'intervention régional (Fir) de consultations pour les jeunes âgés de 6 à 21 ans en situation de souffrance psychique.*

A l'initiative de Denys Robillard et Gérard Sebaoun et de Kheira Bouziane-Laroussi, l'Assemblée nationale a adopté, en nouvelle lecture, deux amendements tendant à permettre aux psychologues scolaires d'évaluer la souffrance psychique d'un enfant avant de l'orienter, si nécessaire, vers un psychologue libéral. Cette évaluation préalable ne serait donc plus obligatoirement conduite par un médecin.

---

*Article 42 ter [supprimé]*  
(Art. L. 161-36-3 et L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale ;  
art. 83 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016  
de modernisation de notre système de santé)

**Suppression de la généralisation du tiers payant**

Cet article résulte de l'adoption, par le Sénat, d'un amendement de Catherine Deroche et de plusieurs membres du groupe Les Républicains, avec un avis défavorable de la commission des affaires sociales qui ne souhaitait pas rouvrir à ce stade le débat sur le tiers payant que cet article propose de supprimer.

L'Assemblée nationale a adopté l'amendement de suppression de cet article déposé par la commission des affaires sociales.

## CHAPITRE II

### Promouvoir les parcours de santé

*Article 43*  
(art. L. 625 du code de la sécurité sociale ;  
art. L. 1435-4-2 et L. 1435-4-3 du code de la santé publique)

**Création d'un avantage financier versé durant le congé maternité ou paternité des médecins conventionnés en secteur 1 ou adhérents au CAS**

*Objet : Cet article ouvre la possibilité de prévoir, dans le cadre de la convention passée entre les médecins et l'assurance maladie, le versement d'une aide financière aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité, pour les seuls médecins exerçant en secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins.*

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat avait souhaité préciser que le bénéfice de l'aide financière maternité et paternité prévue à l'article 43 ne pouvait être réservé à certains professionnels en fonction de leur secteur conventionnel d'exercice ou de leur pratique tarifaire. Il apparaissait en effet inéquitable d'utiliser un élément de protection sociale comme moyen de régulation de l'installation des praticiens.

En nouvelle lecture, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a rétabli le bénéfice de cette aide pour les seuls médecins exerçant en secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins.

*Article 43 bis A [supprimé]*

*(Art. L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale)*

**Responsabilité solidaire de la société mère  
en cas fraude aux cotisations sociales par une société du groupe**

Cet article est issu de l'adoption par le Sénat d'un amendement présenté par Mme Cohen et les membres du groupe Communiste, républicain et citoyen avec l'avis favorable du Gouvernement. A l'appui de son avis, la ministre a considéré que : « *L'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale prévoit en effet que les entreprises dominantes sont tenues solidairement responsables des entreprises qu'elles contrôlent en cas d'infraction de travail dissimulé. Il me paraît juste et légitime qu'il en soit de même en cas de fraude aux cotisations sociales.* »

Considérant qu'elle a déjà rejeté plusieurs fois cet amendement et que l'infraction n'était pas suffisamment définie en droit et trop rigoureuse en pratique, l'Assemblée nationale a adopté à l'initiative de sa commission des affaires sociales, un amendement de suppression de cet article.

*Article 43 quater*

*(art. L. 2123-6 [nouveau] du code de la santé publique)*

**Procédure arbitrale applicable en cas d'échec  
des négociations conventionnelles avec les dentistes**

***Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, définit une procédure de règlement arbitral subsidiaire en cas d'échec de la négociation visant à l'adoption d'un avenant à la convention des chirurgiens-dentistes.***

Le Sénat avait considéré qu'il n'était pas conforme à la logique conventionnelle d'en changer les règles pour peser sur une négociation en cours. Or tel est bien l'objet de cet article. À l'initiative de la commission des affaires sociales, notre assemblée avait donc supprimé cet article.

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale l'a rétabli dans sa rédaction d'origine.

*Article 43 septies***Rapport sur l'amélioration de la protection maternité et paternité pour l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et libéraux**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur l'amélioration de la protection maternité et paternité des professionnels médicaux, paramédicaux et libéraux.*

Considérant que la modification de l'article 43, telle que l'avait souhaité le Sénat, satisfaisait substantiellement l'objectif de la demande de rapport sur l'extension de la couverture maternité, cet article avait été supprimé par le Sénat à l'initiative de la commission des affaires sociales.

L'Assemblée nationale l'a rétabli en adoptant un amendement de sa commission des affaires sociales, co-signé par les membres du groupe Les Républicains, à l'origine de l'amendement adopté en première lecture.

*Article 43 octies [supprimé]*

*(Art. L. 165-1-4 [nouveau] du code de la sécurité sociale ;*

*art. 4362-10 du code de la santé publique)*

**Délivrance de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaire correctrices**

Cet article est issu de l'adoption, par le Sénat, contre l'avis du Gouvernement, de trois amendements identiques présentés respectivement par Olivier Cigolotti (Union des démocrates et indépendants), Catherine Deroche (Les Républicains) et Gilbert Barbier (Rassemblement démocratique et social européen).

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a supprimé cet article en considérant :

- d'une part, qu'en obligeant les patients à disposer d'une ordonnance en cours de validité pour la prescription de lentilles de contact correctrices, cet article allait à l'encontre de la volonté, poursuivie notamment par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, de concentrer l'activité d'ophtalmologie sur les seuls actes que l'ophtalmologiste est le seul à pouvoir réaliser ;

- d'autre part, que cet article était contraire à la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (arrêt « Ker-Optika » du 2 décembre 2010) qui considère que seule la première délivrance de lentilles de contact peut être soumise à des exigences particulières.

*Article 44*

*(art. 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 ; art. L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 133-4, L. 162-22-6-1 [nouveau], L. 162-22-7, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3 [nouveau], L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-12, L. 162-22-15, L. 162-25, L. 162-27, L. 162-30-4 et L. 174-15 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6312-1 du code de la santé publique ; art. L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales*

**Adaptation du financement des établissements de santé  
au développement de certaines activités**

*Objet : Cet article prolonge de trois ans les expérimentations relatives aux transports sanitaires urgents, modifie le régime de reversement de l'indu portant sur les hospitalisations à domicile, crée un niveau intermédiaire de tarification finançant les consultations longues, pluridisciplinaires ou pluri-professionnelles, précise le régime de la dispensation de médicaments à l'hôpital, assouplit le régime juridique du transport du corps des enfants inopinément décédés, étend le financement partiellement dérogatoire à la T2A aux établissements en situation d'insularité et met en place de nouvelles modalités de financement des unités de soins critiques.*

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements identiques déposés par le Gouvernement et par Bernadette Laclais tendant à modifier la rédaction retenue par le Sénat pour élargir le périmètre des charges prises en compte pour la minoration de l'indu pouvant être notifiées aux établissements exerçant des activités d'hospitalisation de HAD. Il prévoit que cette minoration se fera de manière forfaitaire.

*Article 44 bis A [supprimé]*

**Rapport sur l'octroi du bénéfice du congé longue durée  
aux fonctionnaires atteints de sclérose en plaques**

Cet article, adopté par le Sénat à l'initiative de Laurence Cohen et plusieurs de ses collègues du groupe Communiste républicain et citoyen, prévoit la remise d'un rapport portant sur l'octroi du bénéfice du congé longue durée aux fonctionnaires atteints de sclérose en plaques.

A l'initiative de sa commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale l'a supprimé en considérant qu'il ne relève pas du champ de la sécurité sociale puisqu'il n'a aucun impact sur ses finances et à la lumière des engagements pris par le Gouvernement d'agir sur ce sujet.

*Article 44 bis**(Art. L. 162-21-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)***Financement des transports inter établissements**

Votre commission des affaires sociales avait jugé que le principe de cet article pouvait permettre une clarification des responsabilités en matière de transport inter-établissements. Elle avait cependant été sensible aux arguments présentés par l'ensemble des fédérations hospitalières qui craignent que cette mesure présentée sans étude d'impact et rédigée de manière imprécise ne déstabilise le financement des établissements.

Dans l'attente des précisions que pourrait apporter le Gouvernement, la commission avait donc donné un avis favorable à l'amendement de Gilbert Barbier qui repoussait l'application du dispositif à 2020 et en limitait le champ d'application.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, rétabli le texte qu'elle avait adopté en première lecture afin que les négociations avec les fédérations hospitalières s'engagent après l'adoption du dispositif.

*Article 45**(art. L. 162-22-8-2, L. 162-23-4, L. 162-23-15 [nouveau], L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6111-3-1 du code de la santé publique ; art. 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016)***Financement des activités de soins de suite et de réadaptation**

**Objet :** *Cet article prévoit plusieurs ajustements pour la mise en œuvre de la réforme de la tarification des soins de suite et de réadaptation (SSR) adoptée dans la loi de financement pour 2016.*

L'Assemblée nationale a adopté, en nouvelle lecture, un amendement pour supprimer l'obligation de prendre l'avis des fédérations hospitalières avant la détermination du coefficient de transition destiné à permettre le passage de l'ancien au nouveau mode de tarification, qui résultait d'un amendement de François Commeinhes, adopté par le Sénat.

*Article 45 bis A [supprimé]*  
(Art. L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale)  
**Extension des référentiels d'actes en série  
aux centres de rééducation fonctionnelle (CRF) et  
aux centres de soins de suite et de rééducation (SSR)**

Cet article a été adopté par le Sénat à l'initiative de Claude Kern et de plusieurs de ses collègues du groupe UDI-UC. Il vise à étendre les référentiels d'actes en série aux centres de rééducation fonctionnelle (CRF) et aux centres de soins de suite et de rééducation (SSR), tant publics que privés.

A l'initiative de sa commission des affaires sociales et de Dominique Tian, Patrick Hetzel, Elie Aboud, Lionel Tardy et de Valérie Boyer, l'Assemblée nationale a supprimé cet article en considérant qu'il était déjà satisfait par le droit en vigueur. En séance, la ministre avait cependant soulevé la possibilité que des difficultés d'application existent et il apparaît effectivement, au regard des informations dont dispose votre rapporteur, que l'application de ces référentiels n'est pas actuellement assurée au sein des établissements.

*Article 45 bis*  
**Rapport sur le financement des soins à domicile**

*Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise d'un rapport au Parlement sur la réforme des modalités de financement de l'hospitalisation à domicile.*

Considérant que ce rapport qui demandait un calendrier serait moins efficace qu'une demande directe de calendrier adressé au Gouvernement, le Sénat avait supprimé cet article. L'Assemblée nationale l'a rétabli.

*Article 45 quinquies*  
**Rapport sur le « packing »**

*Objet : Cet article prévoit la remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport sur la pratique et les effets de l'enveloppement corporel humide dans le secteur sanitaire.*

A l'initiative de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a rétabli le rapport qu'elle avait demandé en première lecture, relatif à la pratique du « packing » dans les établissements sanitaires.



---

*Article 45 sexies*

**Rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées**

*Objet : Cet article prévoit la remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées.*

A l'initiative de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a rétabli le rapport qu'elle avait demandé en première lecture, relatif à la prise en charge des personnes handicapées dans les établissements sanitaires.

*Article 46*

*(art. L. 313-1, L. 313-11, L. 313-12, L. 313-12-2, L. 313-14-1, L. 313-14-2, L. 314-7, L. 314-9, L. 315-12 et L. 315-15 du code de l'action sociale et des familles, art. 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement)*

**Précisions relatives à la généralisation des Cpom  
dans le secteur médico-social**

*Objet : Cet article prévoit plusieurs dispositions consécutives à la réforme de la contractualisation dans le secteur médico-social et apporte plusieurs précisions à la réforme budgétaire des Ehpad.*

Sur proposition de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a décidé, en nouvelle lecture, de ne pas retenir la plupart des modifications introduites par le Sénat à l'article 46 et de le rétablir dans une forme quasi-identique à celle qui avait été adoptée en première lecture.

Ce rétablissement appelle plusieurs remarques.

Votre rapporteur ne peut que déplorer que n'aient pas été retenues ses tentatives d'apporter une lisibilité accrue aux comptes de la CNSA. L'argument de la présence de parlementaires au conseil de la CNSA, soulevé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale pour démontrer l'inutilité de dispositions complémentaires, n'est pas convaincant aux yeux de votre rapporteur. L'information directe du Parlement est traditionnellement le vecteur privilégié pour l'exercice de sa fonction de contrôle, indépendamment de la présence de parlementaires au sein des organismes concernés.

Par ailleurs, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale n'a pas retenu les dispositions tendant à reporter la modulation des dotations des établissements médico-sociaux (dans les deux secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées) pour critères d'activité à une date ultérieure à la pleine mise en œuvre des réformes tarifaires. Présentées comme sources de complexité, ces dispositions visaient au contraire à ne pas compliquer les modalités de la campagne tarifaire et à permettre aux établissements d'anticiper les modifications importantes (et souhaitables) de leur tarification à venir. Votre rapporteur s'inquiète des difficultés auxquelles seront particulièrement exposés les établissements d'accueil des personnes handicapées, compte-tenu de l'inconnue qui pèse encore sur la réforme tarifaire du secteur.

Enfin, les dispositions relatives à la phase de discussion préalable à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) entre l'établissement et l'autorité tarifaire n'ont pas été conservées. Votre rapporteur s'étonne de l'argumentation retenue par la commission des affaires sociales, qui semble avoir repoussé cette disposition pour la seule raison qu'elle figurerait à un article (l'article L. 313-11) du code de l'action sociale et des familles qui concernerait l'ensemble des établissements médico-sociaux. Or, les Cpom régissant le secteur des personnes âgées relèvent uniquement de l'article L. 313-12 du même code. L'emplacement de la disposition avait pour ambition de limiter ses effets au secteur des personnes handicapées.

*Article 46 bis*

**Rapport sur la mise en place d'un fonds de prévention  
des départs non choisis en Belgique**

*Objet : Cet article prévoit la remise d'un rapport au Parlement concernant la prorogation pluriannuelle du fonds d'amorçage lancé en 2016 pour lutter contre les départs non choisis de personnes handicapées en Belgique.*

Sur proposition de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a rétabli le rapport qu'elle avait demandé en première lecture, relatif à la prorogation pluriannuelle du fonds d'amorçage destiné à lutter contre les départs non souhaités de personnes handicapées en Belgique.

---

Article 48

(art. 70 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011  
de financement de la sécurité sociale pour 2012, art. 48 de la loi n° 2012-1404  
du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013)

**Prorogation de l'expérimentation Paerpa**

**Objet : Cet article prévoit, à des fins de coordination entre la LFSS pour 2012 et la LFSS pour 2013, la prorogation pour une année supplémentaire du dispositif Paerpa.**

Sur proposition de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a repoussé, en nouvelle lecture, le dispositif expérimental suggéré par votre rapporteur en matière de mutualisation au niveau départemental des centres locaux d'information et de coordination (Clic) et des méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia).

Votre rapporteur déplore que ce rejet, qui semble essentiellement lié à des considérations de codification, n'ait pas donné lieu à un examen substantiel de la proposition en question, qui n'était nullement incompatible avec l'expérimentation Paerpa et qui visait un simple objectif de rationalisation de l'existant.

### CHAPITRE III

#### Garantir la pertinence des prises en charge

Article 49

(art. L. 133-4, L. 162-22-7-3 [nouveau], L. 174-2-1, L. 174-15, L. 221-1, L. 221-1-1, L. 241-2 du code de la sécurité sociale ; art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004)

**Création d'un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique**

**Objet : Cet article prévoit de créer un fonds chargé d'abonder les dépenses en matière de médicaments innovants.**

Votre commission des affaires sociales a amplement justifié les raisons pour lesquelles le fonds pour l'innovation pharmaceutique ne présentait aucun avantage, excepté la constitution d'une dotation initiale de 876 millions d'euros prélevée sur le FSV. Elle a également montré en quoi la mise en place de ce fonds constituait une sortie non justifiée de l'Ondam.

L'Assemblée nationale a rétabli cet article dans sa version initiale, en adoptant en outre un amendement de coordination déposé par le Gouvernement.

*Article 50*

*(art. L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 du code de la sécurité sociale)*

**Substituabilité des biosimilaires**

***Objet : Cet article prévoit la possibilité de substitution d'un médicament biosimilaire en cours de traitement.***

En séance publique, avec avis favorable de la commission des affaires sociales, le Sénat avait adopté un amendement présenté par Yves Daudigny et plusieurs membres du groupe socialiste tendant à ce que la substitution et non seulement l'interchangeabilité, notion au demeurant floue, se fasse à l'initiative du prescripteur des biosimilaires. L'objectif était de ne pas reproduire les erreurs faites au moment de la mise en place de la substitution des génériques dont le développement se trouve limité par la défiance des médecins. Cette rédaction était par ailleurs conforme aux préconisations de l'Office parlementaire des choix scientifiques et technologiques.

La commission des affaires sociales avait par ailleurs souhaité qu'un quota de prescriptions en biosimilaires faites à l'hôpital mais exécutées en ville soit mis en place sur le modèle de ce qui existe pour les génériques.

Sans répondre sur le deuxième point, l'Assemblée nationale a considéré que laisser l'initiative de la substitution au prescripteur limiterait la diffusion des biosimilaires. Elle a donc adopté, en nouvelle lecture, un amendement du Gouvernement rétablissant la rédaction initiale de l'article en la précisant.

*Article 51*

*(art. L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-3 [nouveau],  
L. 162-18 du code de la sécurité sociale et L. 5121-12 du code de la santé publique)*

**Évolution du régime des ATU**

***Objet : Cet article prévoit de réviser les conditions de prise en charge des médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou du régime dit de « post-ATU ».***

Le Sénat était favorable à cet article mais s'interrogeait sur l'impact du dispositif de grande ampleur que le Gouvernement a inséré en séance publique à l'Assemblée nationale afin de prévoir un plafond de coût de traitement par patient.

---

Il apparaît que cette mesure serait susceptible de limiter l'intérêt du dispositif d'ATU pour les laboratoires et pourrait pénaliser l'accès des patients aux traitements innovants. Dans l'attente que de nouveaux échanges aient lieu entre laboratoires, pouvoirs publics et associations de patients, le Sénat a souhaité supprimer ce dispositif. L'Assemblée nationale l'a rétabli en adoptant un amendement du Gouvernement en estimant qu'il est nécessaire pour garantir la charge financière liée aux ATU.

*Article 52*

(art. L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 162-17-4,  
L. 162-38, L. 165-2, L. 165-3, L. 165-3-3 [nouveau], L. 165-4,  
L. 165-5-1, L. 165-5-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Adaptation du droit applicable au CEPS**

***Objet : Cet article prévoit de donner une base législative aux décisions de baisse de prix de médicaments prises par le comité économique des produits de santé (Ceps).***

Outre plusieurs amendements de précision, le Sénat avait adopté en séance publique :

- un amendement de Catherine Deroche et de plusieurs membres du groupe Les Républicains ayant pour objet de maintenir le régime de baisse prévu par la voie conventionnelle ;
- un amendement de Corinne Imbert et de plusieurs membres du groupe Les Républicains, supprimant le critère d'ancienneté de la liste des critères sur lesquels le Ceps peut s'appuyer pour réviser à la baisse ou fixer les prix des dispositifs médicaux à un niveau inférieur ;

Votre commission s'en était remise à l'avis du Gouvernement s'agissant de ces deux amendements. Ils avaient donc été adoptés contre son avis. En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a considéré, comme le Gouvernement, qu'ils étaient susceptibles de nuire à la sécurisation juridique du dispositif de baisse de prix par le Ceps. Dès lors, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, elle les a supprimés.

*Article 52 bis A [supprimé]*

**Évaluation de la valeur thérapeutique relative du médicament**

*Objet : Cet article additionnel prévoit l'élaboration par la Haute Autorité de santé, dans les six mois suivant la publication de la loi, d'une grille permettant de comparer les critères actuels d'évaluation du médicament et le critère unique de valeur thérapeutique relative.*

A l'initiative de votre commission des affaires sociales, le Sénat a souhaité que les conclusions du rapport de la commission présidée par Dominique Polton soient mises en œuvre et qu'un critère unique d'évaluation du médicament soit mis en place. L'Assemblée nationale relève que le rapport Polton mentionne de nombreuses difficultés qu'impliquerait une telle évolution et elle a donc supprimé l'article. La lecture attentive du rapport Polton montre cependant que les inconvénients liés à la réforme sont moindres que ceux du maintien ou de l'aménagement d'un système qui ne garantit ni l'évaluation fiable de l'apport d'un médicament, ni l'équité entre les patients dans l'accès aux traitements.

*Article 52 bis*

**Rémunération des actes de radiologie**

*Objet : Cet article additionnel, inséré par l'Assemblée nationale, tend à prévoir une procédure spécifique de détermination des forfaits techniques de radiologie.*

Considérant que cet article tendait à peser de manière disproportionnée sur les négociations en cours, le Sénat l'avait supprimé. L'Assemblée nationale l'a rétabli avec deux sous-amendements, l'un de Michèle Delaunay, l'autre de Dominique Orliac tendant à prévoir, respectivement, que les praticiens hospitaliers et les fédérations hospitalières seront parties à la concertation sur les tarifications.

---

*Article 53***Dotations 2017 de l'assurance maladie, du FEH, de l'ANFH  
et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie  
à divers fonds et organismes**

*Objet : Cet article fixe le montant pour 2017 de la participation des régimes d'assurance maladie, du FEH et de l'ANFH au financement du Fmespp et de l'Oniam. Il fixe également le montant de la contribution de la CNSA au financement des ARS et des opérateurs.*

À l'initiative de la commission des affaires sociales, le Sénat a supprimé le prélèvement de 150 millions d'euros au titre de 2017 sur l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). En effet, ce prélèvement, qui s'ajoute à celui de même montant prévu pour 2016, est de nature à déstabiliser de manière profonde et inopinée le fonctionnement de cet organisme - qui repose, selon les éléments transmis par la Fédération hospitalière de France (FHF), sur la construction de plans de formation hospitaliers sur le long terme, nécessitant des provisions importantes destinées à gager les dépenses ainsi prévues sur des durées parfois très longues.

L'Assemblée nationale a rétabli ce prélèvement.

*Article 54***Objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2017**

*Objet : Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2017 à 207,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à 205,9 milliards pour le seul régime général.*

Considérant que l'effort de réduction du déficit de la branche maladie, qui s'est longtemps traduit par le seul recours à l'impôt et aux prélèvements sociaux, doit maintenant passer par une baisse résolue des dépenses, le Sénat a supprimé cet article à l'initiative de la commission des affaires sociales.

L'Assemblée nationale l'a rétabli.

*Article 55*  
**Ondam 2017**

*Objet : Cet article fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) à 190,7 milliards d'euros pour 2016 et répartit cette enveloppe en sous-objectifs.*

La commission des affaires sociales a eu l'occasion de souligner à plusieurs reprises les critiques qu'elle porte sur l'Ondam pour 2017. Elle a en conséquence déposé un amendement de suppression de cet article qui a été adopté par le Sénat.

L'Assemblée nationale l'a rétabli.



---

**TITRE V****DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES  
CONCOURANT AU FINANCEMENT  
DES RÉGIMES OBLIGATOIRES***Article 56***Prévisions de charges du FSV pour 2017**

*Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses du Fonds de solidarité vieillesse pour 2017.*

Cet article avait été supprimé par le Sénat en première lecture en raison des mesures contenues dans ce PLFSS visant à priver le FSV de près de 1,8 milliard d'euros de recettes alors même qu'il affichera en 2017 un déficit de 3,8 milliards d'euros.

L'Assemblée nationale a rétabli cet article dans sa rédaction initiale.

## TITRE VI

### DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

#### CHAPITRE I

##### Gestion

###### *Article 57*

#### **Transfert de la gestion du Service d'allocation de solidarité aux personnes âgées (Saspa) à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)**

*Objet : Cet article vise à transférer, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2020, la gestion du Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Saspa) de la Caisse des dépôts et consignations vers la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.*

En première lecture, cet article avait été supprimé par le Sénat qui, s'appuyant sur les bons résultats obtenus par la Caisse des dépôts et consignations dans la gestion de ce service et sur la demande de moyens supplémentaires formulée par le conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en cas de transfert, ne considérerait pas cette mesure comme nécessaire.

Le débat lors de la séance publique au Sénat n'avait pas permis de lever les inquiétudes soulevées par ce transfert :

- la première concerne la pertinence de la gestion actuellement centralisée de ce service très spécifique, qui permet une uniformité des mesures de contrôles et des décisions individuelles ;

- la seconde a trait à la contradiction entre d'une part, l'argument selon lequel le maillage territorial de la MSA essentiellement rural permettrait un meilleur service aux assurés alors que d'autre part, ces derniers résident dans leur très grande majorité en milieu urbain.

Les députés ont toutefois suivi la position du Gouvernement et ont rétabli cet article dans sa rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale en première lecture prévoyant que ce transfert devra intervenir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

---

## CHAPITRE II

### Fraude aux prestations

#### Article 59

(art. L. 114-12-1 et 114-16 du code de la sécurité sociale)

#### **Extension du périmètre des échanges d'informations entre organismes chargés du versement de prestations sociales**

*Objet : Cet article prévoit un élargissement de l'accès au répertoire national commun de la protection sociale et précise les modalités de collaboration entre organismes afin d'améliorer le recouvrement d'indus.*

Aucune des deux modifications introduites par le Sénat à l'article 59 n'a été conservée par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture. La première concernait l'obligation faite aux autorités judiciaires de communiquer aux créanciers sociaux toute information susceptible de les intéresser dans l'objectif de lutte contre la fraude sociale. Malgré l'avis favorable du Gouvernement à cette modification, qui ne visait qu'à aligner les relations entre créanciers et autorité judiciaire dans le domaine de la fraude sociale sur celles en vigueur en matière de fraude fiscale, l'Assemblée nationale a souhaité revenir à la version originelle du texte.

Par ailleurs, au motif d'une insécurité juridique, l'Assemblée nationale n'a pas souhaité retenir l'élargissement, adopté par le Sénat, des missions d'information de l'agence de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (Agrasc) à destination des créanciers sociaux.

\*

\* \*

**Votre commission vous demande, en nouvelle lecture, d'adopter une motion tendant à opposer la question préalable au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.**



---

## EXAMEN EN COMMISSION

---

*La commission, réunie le mercredi 30 novembre 2016, sous la présidence de M. Alain Milon examine, en nouvelle lecture, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.*

*M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.* – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 comportait initialement 60 articles. À l'issue de son examen en première lecture par l'Assemblée nationale, qui a adopté 41 articles additionnels, le texte comportait 101 articles.

*Le Sénat a adopté conformes 28 articles. Il en a modifié 51, a adopté 20 articles additionnels et supprimé 22 articles, dont ceux qui sont relatifs aux équilibres généraux et des différentes branches.*

*Après l'échec de la commission mixte paritaire, qui s'était réunie le 22 novembre dernier, 93 articles restaient en discussion.*

*Lors de son examen en nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a adopté 24 articles dans la rédaction issue du Sénat. Elle a rétabli les 22 articles supprimés et supprimé 12 articles additionnels sur les 20 adoptés par le Sénat. Elle a modifié 35 articles.*

*Ainsi, 69 articles restent en discussion. Ce nombre s'explique par un désaccord de fond mais aussi par le fait que l'Assemblée nationale avait adopté un grand nombre d'articles additionnels et que le Sénat avait laissé un nombre important d'articles en navette, parfois pour des raisons uniquement liées à la rédaction.*

*Nous avons un désaccord avec le Gouvernement et la majorité de l'Assemblée nationale sur la réalité et la pérennité du retour à l'équilibre des comptes sociaux.*

*Nous avons par conséquent aussi un désaccord sur les mesures à prendre, en particulier sur les retraites et l'assurance maladie.*

*À ces désaccords persistants, s'ajoute pour cette année un refus des équilibres présentés pour l'assurance maladie, qui conduisent à en augmenter les recettes et à en minorer les charges au détriment des autres branches. Une fois encore, je ne pense pas qu'en minorant artificiellement le déficit, on puisse envisager de prendre les mesures nécessaires.*

*Sur le reste, nous avons transformé ce projet en un texte de portée uniquement législative sur laquelle la discussion s'est poursuivie.*

*Parmi les évolutions intervenues en nouvelle lecture, je voudrais mettre en relief certains articles.*

À l'article 3, le Gouvernement a présenté un amendement tendant à majorer de 60 millions d'euros, pour 2016, la contribution du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Avec cette nouvelle ponction, la contribution de l'assurance maladie au FMESPP passe de 307 millions d'euros à 2 millions d'euros. Voilà qui devrait contribuer au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) sur l'année 2016 en minorant les charges de l'assurance maladie.

À l'article 10, relatif aux locations meublées de courte durée et aux locations de biens meubles, l'Assemblée nationale a adopté, sur proposition du Gouvernement, une nouvelle rédaction de l'article pour répondre en particulier au problème posé par les gîtes ruraux. Nous avons beaucoup évoqué ce sujet au cours de la commission mixte paritaire.

L'Assemblée nationale est revenue aux seuils de première lecture : 23 000 euros pour les locations meublées et 7 200 euros pour les biens meubles. Nous avons proposé un seuil unique de 15 000 euros.

Elle a revanche apporté deux modifications importantes.

Premièrement, pour les meublés de tourisme, un abattement de 87 % sera appliqué aux revenus, ce qui limite fortement les effets de seuil et les augmentations de taux applicables, qui passeraient de 4,5 % à 5,9 % une fois atteint le seuil de 23 000 euros. Pour les locations autres que les meublés de tourisme, l'effet de seuil est inchangé et plus important puisque l'on passe de 7,75 % à 22,4 %.

Deuxièmement, les personnes exerçant des activités de location pourront choisir une option leur permettant de cotiser au régime général de sécurité sociale, à un taux de 5,85 % pour les meublés de tourisme et de 18 % pour les autres.

Cette nouvelle rédaction ne répond pas à toutes les questions posées par cet article, mais limite les difficultés pour les gîtes.

Je regrette particulièrement que les autres dispositions qui avaient largement rassemblé le Sénat, qu'il s'agisse des médecins retraités en zones sous-denses, des médicaments, des biosimilaires et l'avantage maternité pour les femmes médecins, que nous voulions étendre, n'aient pas été retenues par l'Assemblée nationale.

Je maintiens également mes doutes sur deux innovations introduites par le texte.

L'Assemblée nationale a rétabli la contribution sur les fournisseurs de produits du tabac qui présente la particularité d'être une mesure fiscale en application de laquelle on ne sait pas qui, du fabricant ou du distributeur, est finalement taxé. J'émet notamment les plus grandes réserves sur l'applicabilité du système de contrôle des marges, avec un écart de 5 %, que le Gouvernement a fait adopter à l'Assemblée nationale et qui interviennent directement dans la relation client-fournisseur.

Le Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique a également été rétabli. Je persiste à dire que la place d'un tel mécanisme doit se trouver dans le champ de l'Ondam.

*En cherchant un peu, nous pouvons trouver quelques motifs de satisfaction : l'Assemblée nationale a adopté conforme l'article 30 bis, sur la retraite des travailleurs handicapés, elle a préservé l'exonération applicable au congé de fin d'activité, introduite sur l'initiative de notre collègue Pascale Gruny. Elle a retenu certaines des modifications du Sénat sur les articles relatifs à la lutte contre la fraude.*

*Pour autant, et compte tenu du désaccord de fond sur les équilibres généraux du texte, qui avait amené le Sénat à rejeter en première lecture les objectifs de recettes et de dépenses, je vous propose de déposer une motion tendant à opposer la question préalable.*

*Tout en préservant la possibilité pour les différentes opinions de s'exprimer lors de la discussion générale, son adoption se justifie à mon sens, dans la mesure où il n'est pas utile, à ce stade, de rouvrir une discussion sur les articles restant en navette.*

**M. Yves Daudigny.** – *Le groupe socialiste était en opposition avec la majorité sénatoriale en première lecture sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Cette opposition demeure ; elle porte d'abord sur l'appréciation de la réduction des déficits de la sécurité sociale, en particulier du régime général, ainsi que sur d'autres points, comme la suppression du tiers payant.*

*Nous notons quelques améliorations par l'Assemblée nationale, notamment à l'article 10, avec l'option d'assurance au régime général plutôt qu'au Régime social des indépendants (RSI).*

*Nous faisons cependant le même constat que le rapporteur général quant au retour au texte initial sur des points qui avaient fait l'objet d'un accord assez large : la poursuite d'activité par les médecins retraités, l'avantage maternité pour les médecins et le biosimilaire, à propos duquel je continuerai d'émettre un doute sur l'opportunité du texte proposé par l'Assemblée nationale en première et en nouvelle lecture. Ce n'est pas une bonne voie pour le développement des biosimilaires.*

*Nous n'approuverons pas la motion tendant à opposer la question préalable. À nos yeux, en toutes circonstances, il vaut mieux échanger, même si nous comprenons que vous en arriviez, vous, à une telle conclusion.*

**Mme Nicole Bricq.** – *Je souhaiterais réagir à la conclusion de M. le rapporteur général, qui nous propose de voter la motion tendant à opposer la question préalable.*

*Votre attitude est cohérente par rapport à votre position sur le projet de loi de finances ; je partage sur le fond et sur la forme l'argumentation de Didier Guillaume. À la lecture de l'exposé des motifs de la question préalable, on s'aperçoit que vous contestez l'architecture actuelle de la protection sociale en France.*

*Sur l'assurance maladie, le candidat issu de la primaire de la droite, M. Fillon, est lui-même obligé d'affadir ses propos, car la parole peut aller plus loin que ce que l'on peut faire. Il eût été intéressant de proposer une nouvelle architecture de la protection sociale. Là, vous auriez eu une attitude politique, et non une attitude politicienne. Dont acte !*

**M. René-Paul Savary.** – Les critiques contre le candidat François Fillon me paraissent inouïes ; soit on lui reproche de ne pas avoir de projet, soit on caricature, voire on ment sur ses propositions ! Il faudrait savoir ! Nous avons une attitude raisonnable et responsable. Mais le sujet est si facile à dénaturer que certains s'en emparent avec gourmandise.

Je reviens au secteur médico-social, sur lequel je souhaitais intervenir. Un certain nombre de propositions de bon sens sur l'article 46 n'ont pas été reprises par l'Assemblée nationale. Pour certains établissements, cette nouvelle tarification créera une double peine. Cela entraînera des complications. Il est dommage que les réclamations de toutes les fédérations n'aient pas été prises en compte.

Idem sur l'article 48, qui tendait à un élargissement de l'expérimentation, grâce à une meilleure coordination entre les Clic et les Maia. Comme le disent les acteurs sur le terrain, y compris les agences régionales de santé, des mesures de simplification permettraient de rationaliser la situation. Mettons en commun nos moyens, qu'ils proviennent du département ou de l'État. Il est regrettable que ce type d'avancées n'aient pas été prises en compte par l'Assemblée nationale.

Je suis favorable à la motion tendant à opposer préalable.

**Mme Laurence Cohen.** – Nous étions en désaccord avec le texte initial du Gouvernement, qui a été aggravé par la majorité sénatoriale. Sur le fond, la proposition du Gouvernement ne diffère pas beaucoup de celle de la majorité sénatoriale, sauf sur le volume des restrictions budgétaires.

Nous voulons augmenter les recettes, tandis que vous voulez diminuer les dépenses. À nos yeux, cette philosophie porte un coup à la protection sociale, même s'il y a des jusqu'au-boutistes qui vont bien plus loin. Le démantèlement de la protection sociale est en cours et cela n'a malheureusement pas été redressé depuis 2012.

Après la nouvelle lecture à l'Assemblée nationale, il reste un aspect particulièrement négatif à l'article 3. En effet, alors que nous avons dénoncé le détournement du Fonds pour l'emploi hospitalier, de 300 millions d'euros en deux ans, une ponction supplémentaire de 60 millions d'euros est prévue. Nous n'avons pas été écoutés lorsque nous sommes intervenus au Sénat, pas plus que ne l'ont été les professionnels de santé hospitaliers ayant dénoncé cette ponction. On continue simplement pour justifier d'un équilibre comptable au détriment de l'humain. Nous ne pouvons pas l'approuver.

La question préalable est un procédé normal. Nous y avons eu recours par le passé, pour d'autres raisons. Cela suscite chaque fois des critiques. Nous ne condamnons pas cette procédure ; c'est sur le fond que nous sommes en désaccord.

**M. Jean-Noël Cardoux.** – Je ne partage absolument pas les propos de Mme Bricq.

Elle nous reproche de refuser de débattre. Il faut regarder les choses au fond : la commission des finances a passé neuf semaines à débattre du projet de loi de finances pour arriver à ses conclusions. Les commissions font partie intégrante du fonctionnement du Sénat. Ce n'est pas un refus de débattre !



---

*Pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous avons accepté le débat, en examinant tous les amendements en commission comme en séance publique. Nous constatons que la plupart des éléments de fond ont été rétablis à l'Assemblée nationale. Cela ne pouvait qu'aboutir au dépôt d'une motion tendant à opposer la question préalable.*

*En revanche, comment pouvez-vous dire que les propos de M. le rapporteur général contribuent à déstructurer l'architecture du système de protection sociale ?*

**Mme Nicole Bricq.** – *C'est écrit !*

**M. Jean-Noël Cardoux.** – *Ces propos soulignent simplement le bricolage qu'a mis en place le Gouvernement pour faire croire que l'équilibre de la sécurité sociale serait atteint en 2017. J'en veux pour preuve – je partage en cela les propos de Mme Cohen – cette ponction de 60 millions d'euros sur le FEH et la création du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique à hauteur de 700 millions d'euros : tout cela pour respecter une progression de l'Ondam de 2,1 % ! Or, avec l'augmentation du point d'indice des fonctionnaires et la hausse des honoraires des médecins, nous aurons le plus grand mal à atteindre cet objectif. C'est cela le bricolage que nous voulons dénoncer !*

*Je ne vois pas de déstructuration du système social français. Le programme du candidat de la droite et du centre, François Fillon, a le mérite de la clarté. Le Gouvernement, en imposant des obligations aux entreprises sur la complémentaire santé et en cherchant de nouveau à réintroduire les clauses de désignation engendre un déremboursement insidieux des soins.*

**M. Georges Labazée.** – *Quand nous avons abordé la lutte contre le tabagisme et la mise en place du paquet neutre lors de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé, nous savions que cela aurait des répercussions sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale.*

*Je regrette que notre commission se soit prononcée pour la suppression de l'article 16, ce qui n'a pas permis de reposer, sur le fond, la question de la fiscalité sur le tabac. L'Assemblée nationale, pour sa part, a fait évoluer le dispositif. La solution retenue n'est peut-être pas pleinement satisfaisante, mais nous aurions pu faire valoir nos propositions au lieu de supprimer l'article.*

*Je regrette que notre Haute Assemblée ne soit pas allée au fond sur ces sujets.*

**M. Michel Forissier.** – *Il est évident, à la lecture du rapport concis, net et précis de notre rapporteur général, que le dépôt de la motion tendant à opposer la question préalable est pleinement justifié.*

*Il est un peu fort de café de critiquer une procédure réglementaire tout en soutenant un gouvernement qui a largement utilisé l'article 49, alinéa 3 de la Constitution !*

*Sur les autres textes – j'ai notamment travaillé sur l'apprentissage –, on nous a renvoyé les travaux de la commission à la figure, en ne retenant aucune proposition.*

*Je voudrais simplement souhaiter à Mme Bricq de réussir aussi bien les primaires de la gauche que nous avons réussi celles de la droite et du centre.*

**Mme Hermeline Malherbe.** – *Je partage en grande partie les propos d'Yves Daudigny : un travail a été effectué, y compris par l'Assemblée nationale, sur nos apports.*

*Je comprends que la majorité sénatoriale ne soit pas totalement satisfaite, puisque 22 articles supprimés ont été réintroduits dans leur totalité. Mais nombre des articles additionnels adoptés par le Sénat ont été retenus, ce qui témoigne de l'enrichissement apporté par le Sénat en première lecture.*

*Certes, le bilan n'est pas vraiment satisfaisant, notamment sur les positions qui étaient communes au sein de notre hémicycle. Mais je ne peux pas cautionner cette question préalable, qui porte atteinte à la démocratie et à l'image du Sénat. Le citoyen ne sait pas réellement ce qui se passe en commission ; à nous de faire œuvre de pédagogie pour convaincre que le travail se fait là pour une grande part. Or en refusant de poursuivre notre travail de législateur, nous portons atteinte à l'image de notre institution.*

**M. Alain Milon, président.** – *Madame Malherbe, je vous précise que la majorité de gauche avait adopté en 2011 une motion tendant à opposer, en nouvelle lecture, la question préalable sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale.*

**Mme Hermeline Malherbe.** – *J'aurais fait la même remarque s'il s'était agi d'une majorité de gauche.*

**Mme Agnès Canayer.** – *Je ne comprends pas l'argument du déni de démocratie et du rejet du débat.*

*Ce que nos concitoyens attendent aujourd'hui, c'est une clarification du débat et des positions des assemblées. La question préalable est un moyen solennel de montrer notre opposition à ce texte. Pourquoi ceux qui utilisent l'article 49, alinéa 3 de la Constitution nous reprocheraient-ils le recours à la question préalable, qui a le mérite de clarifier le rôle et la place du Sénat ?*

**Mme Isabelle Debré.** – *Que veut-on ? Le statu quo ? Continuer à vivre à crédit et laisser à nos enfants une dette considérable ? Laisser le reste à charge augmenter régulièrement, comme c'est le cas depuis la dernière réforme ? Ou alors travailler ensemble à la construction d'un nouveau modèle juste, équilibré et responsable ? Nous devrions tous y travailler, plutôt que de se rejeter les fautes.*

**M. Michel Amiel.** – *La question préalable est au Parlement ce que l'article 49, alinéa 3 est au Gouvernement. J'y suis personnellement opposé, quel que soit le gouvernement en place. Le débat doit pouvoir aller à son terme, même si je ne suis pas d'accord avec un certain nombre de points, en particulier le Fonds sur l'innovation, qui débudgétise le financement de l'innovation.*

**Mme Catherine Deroche.** – Notre groupe suivra le rapporteur général sur la question préalable. Nous avons déjà débattu une semaine sur des points importants, comme le congé maternité des médecins, les biosimilaires, etc. Or on a constaté que la position du Gouvernement restait inflexible. Un nouveau débat ne changera rien au résultat. À un moment, pour pouvoir débattre, encore faut-il que le Gouvernement accepte de faire un pas en avant. Ce n'est le cas pour aucun des textes actuels. C'est pourquoi nous approuvons totalement la motion tendant à opposer la question préalable.

**M. Jean-Louis Tourenne.** – Je suis étonné par certains propos. Qui veut noyer son chien l'accuse de la rage...

La majorité sénatoriale cherche à oublier ses fautes. Vous refusez de discuter du budget en invoquant votre désaccord avec les positions du Gouvernement. Sur 500 milliards d'euros, 60 millions vous posent problème. Vous invoquez aussi les seuils de locations qui ne vous conviennent pas. Vous voyez la disproportion ?

Vous nous dites, par ailleurs, qu'il n'est pas bon de transférer d'une branche à l'autre des déficits. C'est ce qui a été fait tout le temps, y compris par vous. Comment pouvez-vous en accuser le gouvernement actuel ?

Le déficit atteignait 17,3 milliards d'euros en 2011. Il s'élèvera à 400 millions d'euros demain. Et vous nous dites que le Gouvernement n'a consenti aucun effort ! Vous discutez sur 60 millions d'euros ! Il faut revenir à la réalité.

Quant au reste à charge des patients qui augmenterait en permanence, c'est faux ! On est passé de 9,3 % à 8,4 % de reste à charge dans les cinq dernières années, avec 1,3 milliard d'euros de pouvoir d'achat redistribué aux Français.

Je n'ai rien contre la question préalable si la majorité a tout dit et considère qu'il n'est d'autre moyen de modifier la situation. Mais, étant majoritaires, en refusant de débattre, vous imposez la censure à la minorité qui n'a plus le droit à la parole.

**M. Gérard Roche.** – Je voterai la motion tendant à opposer la question préalable, pour trois raisons.

D'abord, nous sommes solidaires de M. le rapporteur général, qui fait partie de notre groupe.

Ensuite, il faut que la discussion reste ouverte. Or la porte a été fermée par la commission mixte paritaire et par la nouvelle lecture à l'Assemblée nationale.

Enfin, je crois beaucoup à la richesse du débat démocratique. Mais quand on voit le nombre de ceux qui étaient présents lors des deux derniers jours de la discussion de ce dossier aussi important, il est un peu fort de parler de débat démocratique !

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Toutes ces questions tournent autour de la question préalable.

*Je constate qu'en cas d'opposition entre l'Assemblée nationale et le Sénat, les choses se terminent toujours ainsi car le dialogue est impossible. Pour poursuivre la discussion parlementaire, il faudrait réellement permettre la discussion, l'échange. Nous constatons un blocage, qui n'est pas nouveau.*

*Il ne sert à rien de répéter que nous ne sommes pas gentils, parce que nous déposons cette motion. C'est le fonctionnement institutionnel qui y conduit. J'ai moi-même été déçu, lors de la commission mixte paritaire, du comportement de nos collègues de l'Assemblée nationale. C'était non à tout, y compris aux trois points sur lesquels nous avons trouvé un accord unanime au Sénat. Yves Daudigny les avait également défendus devant ses collègues socialistes, mais en vain.*

*Madame Bricq, vous dites qu'au travers de la motion tendant à opposer la question préalable, on est en train de redéfinir une nouvelle sécurité sociale. Il n'en est rien ! Vous avez votre lecture, j'ai la mienne. Les considérants de la motion sont strictement factuels.*

*Des désaccords existent entre nous, mais cela ne dessine pas une autre sécurité sociale. L'objectif est l'équilibre. Nous essayons ensemble de trouver des voies pour y arriver, et nous n'avons pas forcément les mêmes. Mais il n'est nullement question ici de privatisation ou de déremboursement. Un fantasme de plus !*

*Madame Cohen, sur l'article 3, je regrette, comme vous, cette ponction supplémentaire. Nous avons proposé de diviser celle-ci par deux. Voyez comment nous avons été suivis ! Ce manque d'écoute est également à l'origine de cet échec car nos arguments étaient fondés : ils reprenaient ceux des fédérations hospitalières.*

*Monsieur Cardoux, vous avez évoqué la couverture complémentaire santé d'entreprise, les clauses de désignation et le déremboursement qui est là, subtil. Si l'on donne un peu plus de poids aux complémentaires, voilà ce à quoi il faut s'attendre.*

*Madame Malherbe, vous exagérez un peu en parlant d'atteinte à la démocratie.*

*Monsieur Tourenne, il s'agit non pas seulement de 60 millions d'euros, mais de plusieurs milliards d'euros. Nous avons mis au jour, par les transferts de charges d'une branche à l'autre, une sorte de manipulation visant à démontrer politiquement, au-delà des comptes, que l'assurance maladie était presque à l'équilibre. Ce n'est pas tout-à-fait à vrai ; il y a encore des efforts à faire. Nous ne méritons pas une telle condamnation. Il me paraît logique que nous débattions sur les voies et moyens pour arriver à l'équilibre. Nous l'avons fait, mais nous n'avons pas été entendus. Il est donc légitime que nous déposions aujourd'hui cette motion.*

---

*Monsieur Labazée, nous n'avons effectivement pas adopté l'article 16 sur la contribution des fournisseurs de produits du tabac. C'est compliqué, puisque l'on en corrige déjà les effets par avance avec le seuil de plafonnement à 5 % des écarts de marge, introduit par l'Assemblée nationale. Cela montre bien que les puissants ont toujours la main sur le fournisseur. Je m'interroge sur le fonctionnement de ce dispositif. En revanche, nous avons adopté l'article 17, qui tend à prévoir une augmentation de la fiscalité sur le tabac à rouler. Nous maintenons notre volonté d'augmenter le prix du tabac, si tant est que cela puisse avoir un effet durable sur la consommation, sachant que 30 % de la population française continue à fumer. Je ne suis pas certain que les mesures prises soient à la hauteur de l'enjeu.*

*La motion n° 1 tendant à opposer la question préalable est adoptée.*



## TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture
Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017
<b>PREMIÈRE PARTIE</b> DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015 .....	<b>PREMIÈRE PARTIE</b> DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015 .....	<b>PREMIÈRE PARTIE</b> DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015 .....
<b>DEUXIÈME PARTIE</b> DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016	<b>DEUXIÈME PARTIE</b> DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016	<b>DEUXIÈME PARTIE</b> DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016
<b>Article 3</b>	<b>Article 3</b>	<b>Article 3</b>
I. – La loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifiée :	I. – <i>(Non modifié)</i>	I. – La loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifiée :
1° Au premier alinéa de l'article 25, le montant : « 40 millions d'euros » est remplacé par le montant : « <del>90</del> millions d'euros » ;		1° Au premier alinéa de l'article 25, le montant : « 40 millions d'euros » est remplacé par le montant : « <u>150</u> millions d'euros » ;
2° Au I de l'article 85, le montant : « 307 millions d'euros » est remplacé par le montant : « <del>62</del> millions d'euros ».		2° Au I de l'article 85, le montant : « 307 millions d'euros » est remplacé par le montant : « <u>2</u> millions d'euros ».
II. – Il est institué, au titre de l'année 2016, au bénéfice du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une contribution de 150 millions d'euros à la charge de l'organisme mentionné au II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Cette contribution est versée avant le 31 décembre 2016.	II. – <i>(Alinéa sans modification)</i>	II. – <i>(Non modifié)</i>
Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.	Le recouvrement, le contentieux, les garanties et les sanctions relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.	
III. – Le montant de la	III. – <i>(Non modifié)</i>	III. – <i>(Non modifié)</i>

*La commission des affaires sociales propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable en application de l'article 44, alinéa 3, du Règlement du Sénat.*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

contribution mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du même code est fixé à 44,7 millions d'euros pour l'année 2016.

IV. – Pour l'année 2016, la section mentionnée au V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles retrace en charges la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement du plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap, dans la limite de 20 millions d'euros.

**Article 4**

Au titre de l'année 2016, sont rectifiés :

1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

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

2° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, du régime

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

IV. – (*Non modifié*)

**Article 4**  
*(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

IV. – (*Non modifié*)

**Article 4**

Au titre de l'année 2016, sont rectifiés :

1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

[[Tableau non modifié]]

2° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, du régime

**La commission des affaires sociales propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable en application de l'article 44, alinéa 3, du Règlement du Sénat.**



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

général de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

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

3° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

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

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

5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, qui demeurent fixées conformément au III de l'article 41 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

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

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

général de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

[[Tableau non modifié]]

3° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

[[Tableau non modifié]]

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

5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, qui demeurent fixées conformément au III de l'article 41 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

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

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Article 5**

Au titre de l'année 2016, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

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

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 5  
(Supprimé)**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Article 5**

Au titre de l'année 2016, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

[[Tableau non modifié]]

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

**TITRE I<sup>ER</sup>  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX  
RECETTES, AU RECOUVREMENT  
ET À LA TRÉSORERIE**

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

**Mesures de simplification et de  
modernisation des prélèvements  
sociaux**

**Article 6**

I. – *(Supprimé)*

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

1° À la première phrase, les

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

**TITRE I<sup>ER</sup>  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX  
RECETTES, AU RECOUVREMENT  
ET À LA TRÉSORERIE**

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

**Mesures de simplification et de  
modernisation des prélèvements  
sociaux**

**Article 6**

I. – *(Non modifié)*

II. – ~~La première phrase du premier alinéa de l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :~~

~~« Par dérogation aux~~

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

**TITRE I<sup>ER</sup>  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX  
RECETTES, AU RECOUVREMENT  
ET À LA TRÉSORERIE**

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

**Mesures de simplification et de  
modernisation des prélèvements  
sociaux**

**Article 6**

I. – *(Supprimé)*

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

1° À la première phrase, les

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

mots : « et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixés » sont remplacés par le mot : « fixée » ;

2° Après la même première phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Lorsque le revenu ou la rémunération est inférieur ou égal aux trois quarts du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, ces cotisations ne sont pas dues. Au delà de ce seuil de revenu ou de rémunération, le montant de l'exonération ~~décroit~~ linéairement et devient nul lorsque le revenu ou la rémunération est égal au plafond annuel de la sécurité sociale. » ;

III. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code du travail est ainsi modifié :

1° L'intitulé de la section 1 est ainsi rédigé : « Exonération de cotisations de sécurité sociale » ;

2° L'article L. 5141-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « charges sociales » sont remplacés par les mots : « cotisations de sécurité sociale » ;

b) Après le mot : « partie », la fin du 6° est ainsi rédigée : « d'une entreprise ; »

c) Au 8°, après le mot : « créant », sont insérés les mots : « ou reprenant » ;

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

~~dispositions en vigueur et pour une période fixée par décret, les revenus ou rémunérations inférieurs ou égaux à 75 % du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, tirés de l'exercice de leur nouvelle activité par les personnes mentionnées aux articles L. 5141-1 et L. 5141-2 du code du travail, sont exonérés des cotisations d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales dues aux régimes auxquels elles sont affiliées en raison de l'exercice de cette activité. Lorsque ces revenus ou ces rémunérations excèdent 75 % du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, une réduction dégressive de cotisations sociales leur est applicable, qui s'annule lorsqu'ils atteignent 100 % de ce plafond. » ;~~

2° (*Supprimé*)

III. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Non modifié*)

2° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

mots : « et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixés » sont remplacés par le mot : « fixée » ;

2° Après la même première phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Lorsque le revenu ou la rémunération est inférieur ou égal aux trois quarts du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, ces cotisations ne sont pas dues. Au delà de ce seuil de revenu ou de rémunération, le montant de l'exonération décroit linéairement et devient nul lorsque le revenu ou la rémunération est égal au plafond annuel de la sécurité sociale. »

III. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code du travail est ainsi modifié :

1° L'intitulé de la section 1 est ainsi rédigé : « Exonération de cotisations de sécurité sociale » ;

2° L'article L. 5141-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « charges sociales » sont remplacés par les mots : « cotisations de sécurité sociale » ;

b) Après le mot : « partie », la fin du 6° est ainsi rédigée : « d'une entreprise ; »

c) Au 8°, après le mot : « créant », sont insérés les mots : « ou reprenant » ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

3° Au début des articles L. 5141-3 et L. 5141-4, les mots : « Les personnes admises au bénéfice de l'article L. 5141-1 » sont remplacés par les mots : « Les personnes qui remplissent l'une des conditions mentionnées aux 1° à 9° de l'article L. 5141-1 ».

IV. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, dans les conditions suivantes :

1° Le I s'applique aux établissements qui s'implantent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 dans un bassin d'emploi mentionné à l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 ;

2° Les II et III s'appliquent aux créations et aux reprises d'entreprise intervenant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

**Article 6 bis**

I. – L'article 28 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« I. – Les personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale sont affiliées au régime social des indépendants. Elles sont éligibles à l'exonération mentionnée à l'article

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

3° ~~À l'article L. 5141-3, les mots : « admises au bénéfice de » sont remplacés par les mots : « mentionnées à » ;~~

4° ~~(nouveau) À l'article L. 5141-4, les mots : « admises au bénéfice des dispositions de » sont remplacés par les mots : « mentionnées à ».~~

IV. – Le présent article s'applique aux cotisations sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 pour les créations et reprises d'entreprise intervenues à compter de cette même date.

1° *(Supprimé)*

2° *(Supprimé)*

**Article 6 bis**

I. – ~~L'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 10° ainsi rédigé :~~

~~« 10° Les personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale. »~~

*(Alinéa supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

3° Au début des articles L. 5141-3 et L. 5141-4, les mots : « Les personnes admises au bénéfice de l'article L. 5141-1 » sont remplacés par les mots : « Les personnes qui remplissent l'une des conditions mentionnées aux 1° à 9° de l'article L. 5141-1 » ;

4° *(Supprimé)*

IV. – *(Non modifié)*

**Article 6 bis**

I. – *(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions et pour la durée fixées en application du même article L. 161-1-1. » ;

2° Les III et IV sont abrogés.

II. – Le I s'applique au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 aux personnes débutant une activité réduite à fin d'insertion à compter de cette date et, à leur demande, à celles qui exercent une telle activité depuis une date antérieure.

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

~~2° (Supprimé)~~

~~II. – L'article L. 5141-1 du code du travail est complété par un 10° ainsi rédigé :~~

~~« 10° Les personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion mentionnées au 10° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale. »~~

~~III. – L'article 28 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est abrogé.~~

~~IV. – Un décret fixe les modalités d'application du I du présent article. Il définit notamment la liste des activités éligibles, les modalités de déclaration de l'activité à l'organisme consulaire concerné ainsi que les conditions d'agrément et de rémunération des associations.~~

~~V. – Le présent article s'applique au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 aux personnes débutant une activité réduite à fin d'insertion à compter de cette même date, et, à leur demande, à celles qui exercent une telle activité depuis une date antérieure.~~

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

~~II. – (Supprimé)~~

III. – L'article 28 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« I. – Les personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale sont affiliées au régime social des indépendants. Elles sont éligibles à l'exonération mentionnée à l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions et pour la durée fixées en application du même article L. 161-1-1. » ;

2° Les III et IV sont abrogés.

~~IV. – (Supprimé)~~

V. – Le III s'applique au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 aux personnes débutant une activité réduite à fin d'insertion à compter de cette date et, à leur demande, à celles qui exercent une telle activité depuis une date antérieure.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

Article 6 *ter*

I. – L'article ~~L. 137-10~~ du code de la sécurité sociale est ~~complété~~ par un ~~V~~ ainsi rédigé :

~~« V – Le présent article n'est pas applicable aux régimes conventionnels de branche relatifs aux cessations anticipées d'activité. »~~

II. – La ~~perte de recettes~~ résultant pour les organismes de sécurité sociale du I du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 7 *ter*

I. Après l'article 28 8 de l'ordonnance n° 96 1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, il est inséré un article 28 8 1 ainsi rédigé :

~~« Art. 28 8 1. – Chaque heure de travail effectuée par les salariés employés par des particuliers à leur domicile privé pour réaliser des travaux à caractère familial ou ménager ouvre droit à une déduction forfaitaire~~

Article 6 *ter*

I. – L'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux avantages versés au titre des congés de fin d'activité des conducteurs routiers institués par les accords du 28 mars 1997 relatif au congé de fin d'activité à partir de 55 ans et du 2 avril 1998 relatif au congé de fin d'activité des conducteurs des entreprises de transport interurbain de voyageurs, qui concernent des départs en congé effectués jusqu'au 31 décembre 2017.

L'article L. 137-15 du même code n'est pas applicable aux contributions destinées au financement des avantages mentionnés au premier alinéa du présent article.

*(Alinéa supprimé)*

II. – *(Supprimé)*

.....

Article 7 *ter*  
*(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

~~patronale des cotisations de sécurité sociale.~~

~~« Cette déduction n'est cumulée avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations. »~~

~~« Pour la période allant jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2036, le montant de la déduction forfaitaire patronale prévue au premier alinéa est fixé en vue de déterminer un montant applicable à Mayotte dont l'évolution au cours de cette période correspond à celle du montant des contributions et cotisations sociales prévues au chapitre III du titre H. »~~

~~H. La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.~~

**Article 8**

I. – L'article L. 612-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« Art. L. 612-5. – Le taux des cotisations mentionnées à l'article L. 612-4 dues par les travailleurs indépendants non agricoles affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité prévu à l'article L. 613-1 et dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet d'une réduction, dans la limite de 3,5 points, qui décroît à proportion de ces revenus, dans des conditions fixées par décret. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de celui prévu à l'article L. 242-11. »

II. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des revenus perçus au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

**Article 8**

~~I. – Après le premier alinéa de l'article L. 612-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

~~« Le taux des cotisations dues par les travailleurs indépendants ~~non agricoles~~ dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet, dans des conditions fixées par décret, d'une réduction dégressive dans la limite de 3,5 points. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement de cotisations ou contributions sociales, à l'exception de celui prévu à l'article L. 242-11. »~~

II. – Le présent article s'applique aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

**Article 8**

I. – L'article L. 612-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« Art. L. 612-5. – Le taux des cotisations mentionnées à l'article L. 612-4 dues par les travailleurs indépendants non agricoles affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité prévu à l'article L. 613-1 et dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet d'une réduction, dans la limite de 3,5 points, qui décroît à proportion de ces revenus, dans des conditions fixées par décret. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de celui prévu à l'article L. 242-11. »

II. – Le présent article s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des revenus perçus au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Article 8 ter**

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

1° L'article L. 136-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette contribution est due pour les périodes au titre desquelles les revenus mentionnés au premier alinéa sont attribués. » ;

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 242-1, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « dues pour les périodes au titre desquelles les revenus d'activité sont attribués ».

II. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi afin de simplifier et d'harmoniser les définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale prévues au code de la sécurité sociale et au code rural et de la pêche maritime.

Cette ordonnance est prise à droit constant, sous réserve des modifications nécessaires pour assurer le respect de la hiérarchie des normes, améliorer la cohérence rédactionnelle des textes, harmoniser l'état du droit, remédier aux erreurs et insuffisances de codification et abroger les dispositions, codifiées ou non, obsolètes ou devenues sans objet.

L'ordonnance est prise dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de l'ordonnance.

**Article 8 ter**

I. – *(Supprimé)*

II. – *(Alinéa sans modification)*

Cette ordonnance est prise à droit constant, sous réserve des modifications nécessaires pour assurer le respect de la hiérarchie des normes, améliorer la cohérence rédactionnelle des textes, remédier aux erreurs et insuffisances de codification et abroger les dispositions, codifiées ou non, obsolètes ou devenues sans objet.

*(Alinéa sans modification)*

*(Alinéa sans modification)*

**Article 8 ter**

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

1° L'article L. 136-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette contribution est due pour les périodes au titre desquelles les revenus mentionnés au premier alinéa sont attribués. » ;

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 242-1, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « dues pour les périodes au titre desquelles les revenus d'activité sont attribués ».

II. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi afin de simplifier et d'harmoniser les définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale prévues au code de la sécurité sociale et au code rural et de la pêche maritime.

Cette ordonnance est prise à droit constant, sous réserve des modifications nécessaires pour assurer le respect de la hiérarchie des normes, améliorer la cohérence rédactionnelle des textes, harmoniser l'état du droit, remédier aux erreurs et insuffisances de codification et abroger les dispositions, codifiées ou non, obsolètes ou devenues sans objet.

L'ordonnance est prise dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de l'ordonnance.

III (nouveau). – Les dispositions du I du présent article sont applicables aux périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Article 8 quater**

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

1° Le II de l'article L. 136-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « euro », la fin de l'avant-dernière phrase du 5° est supprimée ;

b) Le 5° *bis* est ainsi modifié :

- après le mot : « euro », la fin de la seconde phrase est supprimée ;

- est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque les personnes mentionnées à la première phrase du présent 5° *bis* perçoivent des indemnités mentionnées à la première phrase du 5°, il est fait masse de ces indemnités et de celles mentionnées à la première phrase du présent 5° *bis*. La somme de l'ensemble de ces indemnités est assujettie au premier euro dans les conditions prévues à la deuxième phrase du présent 5° *bis* ; »

2° Le dernier alinéa de l'article L. 242-1 est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase, après les mots : « présent code », sont insérés les mots : « et celles, versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, d'un montant supérieur à dix fois ce même plafond » ;

b) La dernière phrase est ainsi rédigée :

« Lorsque les mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnées à l'article 80 *ter* du code général des impôts perçoivent à la fois des indemnités à l'occasion de la cessation forcée de leurs fonctions et des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, il est fait masse de l'ensemble de ces indemnités ; la somme de ces indemnités est

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 8 quater**

I. – (*Alinéa sans modification*)

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

a) (*Supprimé*)

b) (*Supprimé*)

2° ~~La deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 242-1 est ainsi modifiée :~~

a) ~~Après le mot : « indemnités » sont insérés les mots : « versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail et celles » ;~~

b) ~~Le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « dix ».~~

(*Alinéa supprimé*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Article 8 quater**

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

1° Le II de l'article L. 136-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « euro », la fin de l'avant-dernière phrase du 5° est supprimée ;

b) Le 5° *bis* est ainsi modifié :

- après le mot : « euro », la fin de la seconde phrase est supprimée ;

- est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque les personnes mentionnées à la première phrase du présent 5° *bis* perçoivent des indemnités mentionnées à la première phrase du 5°, il est fait masse de ces indemnités et de celles mentionnées à la première phrase du présent 5° *bis*. La somme de l'ensemble de ces indemnités est assujettie au premier euro dans les conditions prévues à la deuxième phrase du présent 5° *bis* ; »

2° Le dernier alinéa de l'article L. 242-1 est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase, après la seconde occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « et celles, versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, d'un montant supérieur à dix fois ce même plafond » ;

b) La dernière phrase est ainsi rédigée :

« Lorsque les mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnés à l'article 80 *ter* du code général des impôts perçoivent à la fois des indemnités à l'occasion de la cessation forcée de leurs fonctions et des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, il est fait masse de l'ensemble de ces indemnités ; la somme de ces indemnités est

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

intégralement assimilée à des rémunérations pour le calcul des cotisations mentionnées au premier alinéa du présent article dès lors que le montant de ces indemnités est supérieur à cinq fois le plafond annuel défini au même article L. 241-3. »

II. – Le I s'applique aux indemnités versées au titre des ruptures de contrat de travail notifiées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 ou aux indemnités versées à l'occasion d'une rupture mentionnée à l'article L. 1237-11 du code du travail dont la demande d'homologation a été transmise à compter de cette date.

**Article 8 quinquies**

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

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

II. – Le I s'applique aux indemnités versées au titre des ruptures de contrat de travail notifiées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 ou aux indemnités versées à l'occasion d'une rupture mentionnée à l'article L. 1237-11 du code du travail dont la ~~convention~~ a été ~~signée~~ à compter de cette même date.

**Article 8 quinquies**

~~Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :~~

~~1° L'article L. 241-16 est ainsi modifié :~~

~~a) Au premier alinéa, les mots : « lorsque leur montant » sont remplacés par les mots : « pour la part qui » et les mots : « la limite définie au présent alinéa, plafonné à » sont supprimés ;~~

~~b) Le deuxième alinéa est supprimé ;~~

~~c) Au troisième alinéa, les mots : « visées au deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « dues au titre des sommes versées aux arbitres et juges mentionnés à l'article L. 223-3 du code du sport » ;~~

~~2° Au 29° de l'article L. 311-3, la référence : « L. 223-1 » est remplacée par la référence : « L. 223-3 ».~~

**Article 8 sexies**

~~I. Le 2° du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi que les établissements publics de coopération intercommunale ».~~

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

intégralement assimilée à des rémunérations pour le calcul des cotisations mentionnées au premier alinéa du présent article dès lors que le montant de ces indemnités est supérieur à cinq fois le plafond annuel défini au même article L. 241-3. »

II. – Le I s'applique aux indemnités versées au titre des ruptures de contrat de travail notifiées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 ou aux indemnités versées à l'occasion d'une rupture mentionnée à l'article L. 1237-11 du code du travail dont la demande d'homologation a été transmise à compter de cette date.

**Article 8 quinquies**

*(Alinéa supprimé)*

1° *(Alinéa supprimé)*

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

*b) (Alinéa supprimé)*

*c) (Alinéa supprimé)*

2° *(Alinéa supprimé)*

**Article 8 sexies**  
*(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

~~II. La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.~~

**Article 9**

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

1° La section 2 du chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> est ainsi rétablie :

« Section 2

« Recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants

« Art. L. 133-1-1. – I. – Le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues à titre personnel, à l'exception de celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3, par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 relève de la compétence des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1, L. 611-4, L. 611-8 et L. 752-4, en application des dispositions des chapitres III et IV du titre IV du livre II, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'État.

« II. – Pour la réalisation de cette mission, le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement un directeur national chargé du recouvrement, auquel ils délèguent leur signature.

« Ce directeur est responsable, au niveau national, du pilotage et de l'organisation du recouvrement. Il fixe les orientations et l'organisation des missions prévues à l'article L. 133-1-2.

« Le directeur national est associé à la préparation et au suivi de l'exécution des conventions mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 conclues avec l'État par les

**Article 9**

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° *(Alinéa sans modification)*

*(Alinéa sans modification)*

*(Alinéa sans modification)*

« Art. L. 133-1-1. – I. – Le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues à titre personnel, à l'exception de celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3, par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 relève de la compétence des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1, L. 611-4, L. 611-8 et L. 752-4, en application des chapitres III et IV du titre IV du livre II, ~~dans des conditions définies~~ par décret en Conseil d'État.

« II. – Le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement un directeur national chargé du recouvrement, auquel ils délèguent leur signature.

« Ce directeur est responsable, au niveau national, du pilotage et de l'organisation du recouvrement. Il fixe les orientations et l'organisation des missions mentionnées à l'article L. 133-1-2.

« Le directeur national participe à la préparation et au suivi de l'exécution des stipulations relatives aux objectifs et aux moyens du recouvrement des conventions

**Article 9**

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

1° La section 2 du chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> est ainsi rétablie :

« Section 2

« Recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants

« Art. L. 133-1-1. – I. – Le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues à titre personnel, à l'exception de celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3, par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 relève de la compétence des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1, L. 611-4, L. 611-8 et L. 752-4, en application des chapitres III et IV du titre IV du livre II, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'État.

« II. – Le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement un directeur national chargé du recouvrement pour la réalisation de cette mission, auquel ils délèguent leur signature.

« Ce directeur est responsable, au niveau national, du pilotage et de l'organisation du recouvrement. Il fixe les orientations et l'organisation des missions mentionnées à l'article L. 133-1-2.

« Le directeur national participe à la préparation et au suivi de l'exécution des stipulations relatives aux objectifs et aux moyens du recouvrement des conventions

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 en ce qui concerne les objectifs et les moyens du recouvrement.

« Il est responsable de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information concourant au recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées au I du présent article et s'assure de la mise en œuvre des actions nécessaires à leur fonctionnement.

« Il rend compte aux conseils d'administration des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 de la situation générale du recouvrement.

« III. – Le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement des responsables locaux chargés du recouvrement, relevant de la direction de la caisse de base du régime social des indépendants et des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, sur proposition de ces directions et après avis du directeur national mentionné au II du présent article. Ces responsables locaux sont chargés d'organiser, dans le respect des directives fixées par le directeur national, l'activité des caisses de base du régime social des indépendants et des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 pour l'accomplissement des missions prévues à l'article L. 133-1-2. Les directeurs de ces caisses et organismes leur délèguent leur signature à cette fin.

« Art. L. 133-1-2. – Les caisses de base du régime social des indépendants et les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 assurent, s'agissant des personnes mentionnées à l'article L. 611-1, les missions suivantes :

« 1° La collecte et le traitement des déclarations de revenus ;

« 2° Le calcul et l'encaissement des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1 ;

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 conclues avec l'État.

*(Alinéa sans modification)*

*(Alinéa sans modification)*

« III. – Après avis du directeur national mentionné au II du présent article, le directeur et le directeur général mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 désignent conjointement, sur proposition des directions des organismes et des caisses mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4, des responsables locaux du recouvrement relevant de ces directions. Ces responsables sont chargés, dans le respect des directives fixées par le directeur national, de la mise en œuvre des missions prévues à l'article L. 133-1-2 et de l'organisation y afférent de l'activité des caisses et organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4. Les directeurs de ces caisses et organismes leur délèguent leur signature à cette fin.

« Art. L. 133-1-2. – *(Alinéa sans modification)*

« 1° *(Non modifié)*

« 2° Le calcul et l'appel des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1 ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 conclues avec l'État.

« Il est responsable de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information concourant au recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées au I du présent article et s'assure de la mise en œuvre des actions nécessaires à leur fonctionnement.

« Il rend compte aux conseils d'administration des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 de la situation générale du recouvrement.

« III. – Après avis du directeur national mentionné au II du présent article, le directeur et le directeur général mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 désignent conjointement, sur proposition des directions des organismes et des caisses mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4, des responsables locaux du recouvrement relevant de ces directions. Ces responsables sont chargés, dans le respect des directives fixées par le directeur national, de la mise en œuvre des missions prévues à l'article L. 133-1-2 et de l'organisation y afférent de l'activité des caisses et organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4. Les directeurs de ces caisses et organismes leur délèguent leur signature à cette fin.

« Art. L. 133-1-2. – Les caisses de base du régime social des indépendants et les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 assurent, s'agissant des personnes mentionnées à l'article L. 611-1, les missions suivantes :

« 1° La collecte et le traitement des déclarations de revenus ;

« 2° Le calcul et l'appel des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1 ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« 3° Le recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions mentionnées au même article L. 133-1-1 ;

« 4° Le traitement des demandes et réclamations ;

« 5° Le traitement des demandes mentionnées au second alinéa du I de l'article L. 133-6-9 ;

« 6° La gestion du contentieux du recouvrement des cotisations et contributions, à l'exception des recours formés dans le cadre du contentieux général de la sécurité sociale prévu au chapitre II du titre IV du présent livre, qui sont examinés par les commissions de recours amiable des caisses de base du régime social des indépendants ;

« 7° L'accueil et l'information.

« Art. L. 133-1-3. – Le contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et contributions sociales des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 est exercé par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II.

« Art. L. 133-1-4. – En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales du régime social des indépendants, les contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux cotisations selon un ordre fixé par décret.

« Art. L. 133-1-5. – Le Fonds national d'action sociale institué auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants est chargé de financer des actions destinées à venir en aide aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1 qui éprouvent des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1.

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« 3° *(Non modifié)*

« 4° *(Non modifié)*

« 5° *(Non modifié)*

« 6° *(Non modifié)*

« 7° *(Non modifié)*

« Art. L. 133-1-3. – *(Non modifié)*

« Art. L. 133-1-4. – *(Non modifié)*

« Art. L. 133-1-5. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

« 3° Le recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions mentionnées au même article L. 133-1-1 ;

« 4° Le traitement des demandes et réclamations ;

« 5° Le traitement des demandes mentionnées au second alinéa du I de l'article L. 133-6-9 ;

« 6° La gestion du contentieux du recouvrement des cotisations et contributions, à l'exception des recours formés dans le cadre du contentieux général de la sécurité sociale prévu au chapitre II du titre IV du présent livre, qui sont examinés par les commissions de recours amiable des caisses de base du régime social des indépendants ;

« 7° L'accueil et l'information.

« Art. L. 133-1-3. – Le contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et contributions sociales des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 est exercé par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II.

« Art. L. 133-1-4. – En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales du régime social des indépendants, les contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux cotisations selon un ordre fixé par décret.

« Art. L. 133-1-5. – Le Fonds national d'action sociale institué auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants est chargé de financer des actions destinées à venir en aide aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1 qui éprouvent des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de membres désignés en son sein par le conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, notamment le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.

« Art. L. 133-1-6. – La comptabilisation des produits et des charges ainsi que des éléments d'actif et de passif afférents qui découlent des opérations de recouvrement des cotisations et contributions sociales effectuées en application de la présente section est réalisée à l'échelon local par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

« L'organisme mentionné à l'article L. 225-1 combine les produits et les charges liés à ces opérations ainsi que les éléments d'actif et de passif afférents. Elle les notifie à l'organisme mentionné à l'article L. 611-4, qui procède à leur enregistrement dans ses comptes selon les mêmes règles d'évaluation et de présentation. » ;

2° L'article L. 133-5-2 est ainsi rétabli :

« Art. L. 133-5-2. – Les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. » ;

3° L'article L. 133-6-9 est ainsi modifié :

a) Au I, les mots : « aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel et » sont supprimés ;

b) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ils sont également compétents

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« Art. L. 133-1-6. – (*Non modifié*)

« L'organisme mentionné à l'article L. 225-1 combine les produits et les charges liés à ces opérations ainsi que les éléments d'actif et de passif afférents. Il les notifie à l'organisme mentionné à l'article L. 611-4, qui procède à leur enregistrement dans ses comptes selon les mêmes règles d'évaluation et de présentation. » ;

2° (*Non modifié*)

3° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

« Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de membres désignés en son sein par le conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, notamment le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.

« Art. L. 133-1-6. – La comptabilisation des produits et des charges ainsi que des éléments d'actif et de passif afférents qui découlent des opérations de recouvrement des cotisations et contributions sociales effectuées en application de la présente section est réalisée à l'échelon local par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

« L'organisme mentionné à l'article L. 225-1 combine les produits et les charges liés à ces opérations ainsi que les éléments d'actif et de passif afférents. Il les notifie à l'organisme mentionné à l'article L. 611-4, qui procède à leur enregistrement dans ses comptes selon les mêmes règles d'évaluation et de présentation. » ;

2° L'article L. 133-5-2 est ainsi rétabli :

« Art. L. 133-5-2. – Les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. » ;

3° L'article L. 133-6-9 est ainsi modifié :

a) Au I, les mots : « aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel et » sont supprimés ;

b) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ils sont également compétents

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

pour se prononcer avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 sur les demandes des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article, relatives à l'application à leur situation de la législation relative aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel. » ;

c) Le III est ainsi modifié :

- au premier alinéa, la référence : « L. 133-6-5 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-3 » ;

- les trois derniers alinéas sont supprimés ;

d) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – Lorsque les organismes ~~mentionnés~~ aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4 entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant.

« Ce dernier peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 dans les matières relevant de l'affiliation au régime social des indépendants et l'intervention des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 dans les matières relevant des exonérations de cotisations sociales. Ces organismes transmettent leur position quant à l'interprétation à retenir aux organismes mentionnés au premier alinéa du présent IV, qui la notifient au demandeur dans un délai d'un mois, de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours. » ;

4° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-5, les mots : « à l'article L. 133-6-4 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6 » ;

5° L'article L. 213-1 est ainsi modifié :

aa) Les premier et deuxième alinéas sont ainsi rédigés :

« Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

4° (*Non modifié*)

5° (*Alinéa sans modification*)

aa) (*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

pour se prononcer avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 sur les demandes des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article, relatives à l'application à leur situation de la législation relative aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel. » ;

c) Le III est ainsi modifié :

- au premier alinéa, la référence : « L. 133-6-5 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-3 » ;

- les trois derniers alinéas sont supprimés ;

d) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – Lorsque les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4 entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant.

« Ce dernier peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 dans les matières relevant de l'affiliation au régime social des indépendants et l'intervention des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 dans les matières relevant des exonérations de cotisations sociales. Ces organismes transmettent leur position quant à l'interprétation à retenir aux organismes mentionnés au premier alinéa du présent IV, qui la notifient au demandeur dans un délai d'un mois, de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours. » ;

4° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-5, les mots : « à l'article L. 133-6-4 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6 » ;

5° L'article L. 213-1 est ainsi modifié :

aa) Les premier et deuxième alinéas sont ainsi rédigés :

« Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« 1° Le recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les assurés relevant du régime général ainsi que par leurs employeurs et par les assurés volontaires ; »

a) À la fin du 2°, les mots : « les employeurs des professions non agricoles et les travailleurs indépendants non agricoles » sont remplacés par les mots : « l'ensemble des personnes autres que celles mentionnées aux 1° et 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime » ;

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

« 2° bis Le recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et décès dues par les personnes mentionnées à l'article L. 722-1 du présent code ;

b) Les 3° et 4° sont ainsi rédigés :

« 3° Avec les caisses de base du régime social des indépendants, le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues aux articles L. 133-1-2, L. 133-1-3 et L. 133-5-2 ;

« 4° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée mentionnée à l'article L. 136-1 due par l'ensemble des assurés autres que ceux mentionnés au 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ; »

c) Le 5° bis est ainsi rédigé :

« 5° bis Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du présent code dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 133-6-8 ; »

d) Au 6°, les mots : « et le contentieux » sont supprimés et les

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« 1° Le recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues ~~au titre des salariés ou assimilés~~ et par les assurés volontaires ; »

a) (Non modifié)

b) (Non modifié)

c) (Non modifié)

d) Au 6°, les références : « , 2°, 3° et » sont remplacées par le mot :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

« 1° Le recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les assurés relevant du régime général et par leurs employeurs ainsi que par les assurés volontaires ; »

a) À la fin du 2°, les mots : « les employeurs des professions non agricoles et les travailleurs indépendants non agricoles » sont remplacés par les mots : « l'ensemble des personnes autres que celles mentionnées aux 1° et 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime » ;

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

« 2° bis Le recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et décès dues par les personnes mentionnées à l'article L. 722-1 du présent code ; »

b) Les 3° et 4° sont ainsi rédigés :

« 3° Avec les caisses de base du régime social des indépendants, le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues aux articles L. 133-1-2, L. 133-1-3 et L. 133-5-2 ;

« 4° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée mentionnée à l'article L. 136-1 due par l'ensemble des assurés autres que ceux mentionnés au 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ; »

c) Le 5° bis est ainsi rédigé :

« 5° bis Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du présent code dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 133-6-8 ; »

d) Au 6°, les mots : « et le contentieux » sont supprimés et les



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

références : « , 2°, 3° et » sont remplacées par le mot : « à » ;

*e) (Supprimé)*

6° L'article L. 225-1-1 est ainsi modifié :

a) Au 2°, après les mots : « sécurité sociale », sont insérés les mots : « , y compris pour le recouvrement prévu aux articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6, » ;

b) Le même 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces orientations sont coordonnées, en ce qui concerne les cotisations dues par les employeurs, avec celles définies conjointement avec la Caisse nationale du régime social des indépendants en application des articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6 pour les cotisations dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 ; »

c) Le 2° bis est abrogé ;

d) Au 5°, les mots : « , y compris les opérations pour compte de tiers, » sont supprimés et les mots : « et d'en transférer le produit vers les organismes du régime général, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale du régime social des indépendants ainsi que » sont remplacés par les mots : « de centraliser les opérations pour compte de tiers et » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 243-7, la référence : « L. 133-6-5 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-3 » ;

8° L'article L. 611-4 est ainsi modifié :

a) Le 11° est ainsi rédigé :

« 11° De définir, en lien avec l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, les orientations en matière de recouvrement des cotisations et

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« à » ;

*e) (Non modifié)*

6° (*Non modifié*)

~~7° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7, les mots : « , dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-6-5, » sont supprimés ;~~

~~III bis (nouveau) — Le II de l'article L. 725-24 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :~~

8° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

références : « , 2°, 3° et » sont remplacées par le mot : « à » ;

*e) (Supprimé)*

6° L'article L. 225-1-1 est ainsi modifié :

a) Au 2°, après les mots : « sécurité sociale », sont insérés les mots : « , y compris pour le recouvrement prévu aux articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6, » ;

b) Le même 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces orientations sont coordonnées, en ce qui concerne les cotisations dues par les employeurs, avec celles définies conjointement avec la Caisse nationale du régime social des indépendants en application des articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6 pour les cotisations dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 ; »

c) Le 2° bis est abrogé ;

d) Au 5°, les mots : « , y compris les opérations pour compte de tiers, » sont supprimés et les mots : « et d'en transférer le produit vers les organismes du régime général, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale du régime social des indépendants, ainsi que » sont remplacés par les mots : « de centraliser les opérations pour compte de tiers et » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 243-7, la référence : « L. 133-6-5 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-3 » ;

*(Alinéa supprimé)*

8° L'article L. 611-4 est ainsi modifié :

a) Le 11° est ainsi rédigé :

« 11° De définir, en lien avec l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, les orientations en matière de recouvrement des cotisations et

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues à l'article L. 133-1-1 ; »

b) Après le 13°, il est inséré un 14° ainsi rédigé :

« 14° D'assurer l'affiliation des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 redevables des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-1-1. » ;

9° Le I de l'article L. 611-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les caisses de base du régime social des indépendants assurent pour leurs ressortissants, sous le contrôle de la caisse nationale, les missions du service des prestations, des allocations et, avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, du recouvrement des cotisations se rapportant à chacune des branches mentionnées à l'article L. 611-2. » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « du service des prestations et du recouvrement des cotisations » sont supprimés ;

c) À la fin de la même première phrase, les mots : « sont exercées par des caisses propres à ce groupe professionnel » sont remplacés par les mots : « affiliées en France métropolitaine aux régimes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 640-1 sont exercées par des caisses propres à cette catégorie » ;

d) La seconde phrase du même deuxième alinéa est supprimée ;

10° Au premier alinéa de l'article L. 611-16, les mots : « au recouvrement des cotisations et » sont supprimés ;

10° bis L'article L. 611-20 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La caisse nationale peut confier aux organismes mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 160-17 le

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

9° (*Non modifié*)

10° (*Non modifié*)

10° bis (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues à l'article L. 133-1-1 ; »

b) Après le 13°, il est inséré un 14° ainsi rédigé :

« 14° D'assurer l'affiliation des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 redevables des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-1-1. » ;

9° Le I de l'article L. 611-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les caisses de base du régime social des indépendants assurent pour leurs ressortissants, sous le contrôle de la caisse nationale, les missions du service des prestations, des allocations et, avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, du recouvrement des cotisations se rapportant à chacune des branches mentionnées à l'article L. 611-2. » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « du service des prestations et du recouvrement des cotisations » sont supprimés ;

c) À la fin de la même première phrase, les mots : « sont exercées par des caisses propres à ce groupe professionnel » sont remplacés par les mots : « affiliées en France métropolitaine aux régimes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 640-1 sont exercées par des caisses propres à cette catégorie » ;

d) La seconde phrase du même deuxième alinéa est supprimée ;

10° Au premier alinéa de l'article L. 611-16, les mots : « au recouvrement des cotisations et » sont supprimés ;

10° bis L'article L. 611-20 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La caisse nationale peut confier aux organismes mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 160-17 le

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

soin d'assurer pour le compte des caisses de base le versement des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité des assurés mentionnés à l'article L. 611-1. À cette fin, elle conclut une convention avec ces organismes dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

11° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-5 et au 3° de l'article L. 213-1, les mots : « exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 611-1 ».

II. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6331-51 du code du travail, la référence : « L. 133-6 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-1 ».

III. – À la première phrase du IV de l'article 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les mots : « 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 » sont remplacés par les mots : « à la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017, du transfert de leurs activités de recouvrement prévu à l'article 9 de cette même loi ».

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

11° (*Non modifié*)

~~1° Au premier alinéa, les mots : « à l'exception de son huitième alinéa et » sont supprimés ;~~

~~2° Au 2°, les mots : « premier alinéa du » sont supprimés ;~~

~~3° Au 3°, la référence : « le dernier alinéa du III » est remplacée par la référence : « le IV ».~~

II. – (*Non modifié*)

III. – (*Non modifié*)

III bis (*nouveau*) - Le II de l'article L. 725-24 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « à l'exception de son huitième alinéa et » sont supprimés ;

2° Au 2°, les mots : « premier alinéa du » sont supprimés ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

soin d'assurer pour le compte des caisses de base le versement des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité des assurés mentionnés à l'article L. 611-1. À cette fin, elle conclut une convention avec ces organismes dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

11° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-5 et au 3° de l'article L. 213-1, les mots : « exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 611-1 ».

1° (*Alinéa supprimé*)

2° (*Alinéa supprimé*)

3° (*Alinéa supprimé*)

II. – (*Non modifié*)

III. – (*Non modifié*)

III bis. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

IV. – Sont abrogés :

1° La section 2 du chapitre III *bis* du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 611-20 du même code ;

3° L'ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 instituant un interlocuteur social unique pour les indépendants ;

4° Les I, II, III et V de l'article 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 ~~présentée~~.

V. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, à l'exception :

1° A Du I de l'article L. 133-1-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, qui s'applique aux cotisations d'assurance famille, aux contributions sociales et à la contribution à la formation professionnelle dues par les professions libérales à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;

1° Du c du 5° et du c du 9° du I du présent article, qui entrent en vigueur selon les modalités prévues aux deuxième et troisième alinéas du III de l'article 33 de la présente loi ;

2° Du 2° du IV du présent article, qui s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 aux cotisations non prescrites à cette date.

VI. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale remet aux ministres chargés de

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

3° Au 3°, la référence : « le dernier alinéa du III » est remplacée par la référence : « le IV ».

IV. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Non modifié*)

2° (*Non modifié*)

3° (*Supprimé*)

4° (*Non modifié*)

5° (*nouveau*) L'article 34 de la loi n° 2009-179 pour l'accélération des programmes de construction et d'investissements publics et privés.

V. – (*Alinéa sans modification*)

1° A Du I de l'article L. 133-1-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, qui s'applique aux cotisations d'assurance famille, aux contributions sociales et à la contribution à la formation professionnelle dues par les professions libérales au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;

1° Du c du 5° et du c du 9° du I du présent article, qui entrent en vigueur selon les modalités prévues aux 1° et 2° du III de l'article 33 de la présente loi ;

2° ~~Des 2° et 5°~~ du IV du présent article, qui s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 aux cotisations non prescrites à cette date.

VI. – (*Supprimé*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

IV. – Sont abrogés :

1° La section 2 du chapitre III *bis* du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 611-20 du même code ;

3° L'ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 instituant un interlocuteur social unique pour les indépendants ;

4° Les I, II, III et V de l'article 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

5° L'article 34 de la loi n° 2009-179 du 17 février 2009 pour l'accélération des programmes de construction et d'investissements publics et privés.

V. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, à l'exception :

1° A Du I de l'article L. 133-1-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, qui s'applique aux cotisations d'assurance famille, aux contributions sociales et à la contribution à la formation professionnelle dues par les professions libérales au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;

1° Du c du 5° et du c du 9° du I du présent article, qui entrent en vigueur selon les modalités prévues aux 1° et 2° du III de l'article 33 de la présente loi ;

2° Du 2° du IV du présent article, qui s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 aux cotisations non prescrites à cette date.

VI. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, l'organisme mentionnée à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale remet aux ministres chargés de

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

la sécurité sociale et du budget un rapport relatif au découplage des systèmes d'information utilisés pour le recouvrement respectif des cotisations des travailleurs salariés et des cotisations personnelles des travailleurs indépendants.

**Article 10**

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

1° L'article ~~L. 613-1~~ est ainsi modifié :

~~a) Le 8° est ainsi rédigé :~~

« 8° Les personnes, autres que celles mentionnées au 7° du présent article, dont les recettes tirées de la location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés sont supérieures au seuil mentionné au 2° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, lorsque ces locaux sont loués à une clientèle y effectuant un séjour à la journée, à la semaine ou au mois et n'y élisant pas domicile ou lorsque ces personnes remplissent les conditions mentionnées au 1° du même IV ; »

~~b) Il est ajouté un 9° ainsi rédigé :~~

« 9° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de biens meubles mentionnée au 4° de l'article L. 110-1 du code de commerce et dont les recettes annuelles tirées de cette activité sont supérieures à 20 % du montant annuel du plafond mentionné à

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

.....

**Article 10**

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° *(Alinéa sans modification)*

a) *(Alinéa sans modification)*

~~« 8° Les personnes, autres que celles mentionnées au 7° du présent article, exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés dont les recettes sont supérieures à 40 % du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, lorsque ces locaux sont loués à une clientèle y effectuant un séjour à la journée, à la semaine ou au mois et n'y élisant pas domicile ou lorsque ces personnes remplissent les conditions mentionnées au 1° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts ; »~~

b) *(Alinéa sans modification)*

~~« 9° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de biens meubles mentionnée au 4° de l'article L. 110-1 du code de commerce et dont les recettes annuelles tirées de cette activité sont supérieures à 40 % du montant annuel du plafond mentionné à~~

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

la sécurité sociale et du budget un rapport relatif au découplage des systèmes d'information utilisés pour le recouvrement respectif des cotisations des travailleurs salariés et des cotisations personnelles des travailleurs indépendants.

.....

**Article 10**

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

1° Le second alinéa du II de l'article L. 133-6-8, tel qu'il résulte de l'article 33 de la présente loi, est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, cet abattement est fixé au niveau de celui mentionné au deuxième alinéa du I de l'article 64 bis du code général des impôts pour les personnes mentionnées au 8° de l'article L. 613-1 du présent code lorsqu'elles exercent une activité de location de locaux d'habitation meublés de tourisme, définis conformément à l'article L. 324-1 du code du tourisme. » ;

« 8° *(Alinéa supprimé)*

*(Alinéa supprimé)*

« 9° *(Alinéa supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

l'article L. 241-3 du présent code. » ;

2° La section 2 *bis* du chapitre III *bis* du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 133-6-7-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-6-7-3. – Les travailleurs indépendants exerçant leur activité par l'intermédiaire d'une personne dont l'activité consiste à mettre en relation par voie électronique plusieurs parties en vue de la vente d'un bien ou de la fourniture d'un service peuvent autoriser par mandat cette personne à réaliser par voie dématérialisée les démarches déclaratives de début d'activité auprès du centre de formalités des entreprises compétent conformément aux dispositions du code de commerce.

« Lorsqu'ils relèvent de l'article L. 133-6-8, les travailleurs indépendants peuvent autoriser par mandat la personne mentionnée au premier alinéa du présent article à procéder à la déclaration du chiffre d'affaires ou de recettes réalisés au titre de cette activité par son intermédiaire ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale dues à compter de leur affiliation, au titre des périodes correspondant à l'exercice de cette activité, auprès des organismes de recouvrement concernés.

« Dans ce cas, les cotisations et contributions de sécurité sociale dues sont prélevées par la personne mentionnée au même premier alinéa sur le montant des transactions effectuées par son intermédiaire. Ce paiement vaut acquit des cotisations et contributions de sécurité sociale par ces ~~travailleurs indépendants~~. »

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

~~l'article L. 241-3 du présent code. » ;~~

2° (*Non modifié*)

3° (*nouveau*) L'article ~~L. 136-6~~ est complété par un ~~V~~ ainsi rédigé :

~~« V. – Par dérogation au III et dans des conditions définies par décret, les professionnels qui, par voie électronique, assurent un service de réservation ou de location ou de mise en relation en vue de la location~~

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

2° La section 2 *bis* du chapitre III *bis* du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 133-6-7-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-6-7-3. – Les travailleurs indépendants exerçant leur activité par l'intermédiaire d'une personne dont l'activité consiste à mettre en relation par voie électronique plusieurs parties en vue de la vente d'un bien ou de la fourniture d'un service peuvent autoriser par mandat cette personne à réaliser par voie dématérialisée les démarches déclaratives de début d'activité auprès du centre de formalités des entreprises compétent conformément aux dispositions du code de commerce.

« Lorsqu'ils relèvent de l'article L. 133-6-8 ou du 35° de l'article L. 311-3, les travailleurs indépendants ainsi que les personnes affiliées au régime général en application du même 35° peuvent autoriser par mandat la personne mentionnée au premier alinéa du présent article à procéder à la déclaration du chiffre d'affaires ou de recettes réalisés au titre de cette activité par son intermédiaire ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale dues à compter de leur affiliation, au titre des périodes correspondant à l'exercice de cette activité, auprès des organismes de recouvrement concernés.

« Dans ce cas, les cotisations et contributions de sécurité sociale dues sont prélevées par la personne mentionnée au même premier alinéa sur le montant des transactions effectuées par son intermédiaire. Ce paiement vaut acquit des cotisations et contributions de sécurité sociale par ces personnes. » ;

3° Après le 34° de l'article L. 311-3, il est inséré un 35° ainsi rédigé :

« 35° Les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 613-1 du présent code qui exercent l'option mentionnée à cet article dès lors que leurs recettes ne dépassent pas les seuils mentionnés aux a et b du

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

~~d'hébergements pour le compte de particuliers, peuvent, sous réserve d'avoir été habilités à cet effet par ces derniers, être préposés au prélèvement de la contribution sur le montant des transactions effectuées par son intermédiaire. »~~

1° du I de l'article 293 B du code général des impôts. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement de 60 %. Par dérogation, cet abattement est fixé à 87 % pour les personnes mentionnées au 8° de l'article L. 613-1 du présent code lorsqu'elles exercent une location de locaux d'habitation meublés de tourisme, définis conformément à l'article L. 324-1 du code du tourisme. » :

4° L'article L. 613-1 est ainsi modifié :

a) Le 8° est ainsi rédigé :

« 8° Les personnes, autres que celles mentionnées au 7° du présent article, exerçant une activité de location de locaux d'habitation meublés dont les recettes sont supérieures au seuil mentionné au 2° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, lorsque ces locaux sont loués à une clientèle y effectuant un séjour à la journée, à la semaine ou au mois et n'y élisant pas domicile, sauf option contraire de ces personnes lors de l'affiliation pour relever du régime général dans les conditions prévues au 35° de l'article L. 311-3 du présent code, ou lorsque ces personnes remplissent les conditions mentionnées au 1° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts : »

b) Il est ajouté un 9° ainsi rédigé :

« 9° Les personnes exerçant une activité de location de biens meubles mentionnée au 4° de l'article L. 110-1 du code de commerce et dont les recettes annuelles tirées de cette activité sont supérieures à 20 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, sauf option contraire de ces personnes lors de l'affiliation pour relever du régime général dans les conditions prévues au 35° de l'article L. 311-3. »

II. – Le 2° du I du présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

II. – *(Non modifié)*

II. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Article 10 bis**

~~I. Les professionnels mentionnés au 7° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale exerçant leur activité dans les zones définies dans les conditions fixées à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, où l'offre de soins est déficiente, sont exonérés d'une partie des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale.~~

~~II. La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.~~

**Article 10 bis  
(Supprimé)**

**Article 11 bis**

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

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la première phrase, le montant : « 10 633 € » est remplacé par le montant : « 10 996 € » et le montant : « 2 839 € » est remplacé par le montant : « 2 936 € » ;

b) À la deuxième phrase, le montant : « 12 582 € » est remplacé par le montant : « 13 011 € », le montant : « 3 123 € » est remplacé par le montant : « 3 230 € » et le montant : « 2 839 € » est remplacé par le montant : « 2 936 € » ;

c) À la fin de la dernière phrase, les montants : « 13 156 €, 3 265 € et 2 839 € » sont remplacés par les montants : « 13 605 €, 3 376 € et 2 936 € » ;

2° Le 2° est ainsi modifié :

a) À la première phrase, le montant : « 13 900 € » est remplacé par le montant : « 14 375 € » et le montant :

**Article 11 bis**

I. – (Non modifié)

**Article 11 bis**

I. – (Non modifié)



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« 3 711 € » est remplacé par le montant : « 3 838 € » ;

b) À la deuxième phrase, le montant : « 15 207 € » est remplacé par le montant : « 15 726 € », le montant : « 4 082 € » est remplacé par le montant : « 4 221 € » et le montant : « 3 711 € » est remplacé par le montant : « 3 838 € » ;

c) À la fin de la dernière phrase, les montants : « 15 930 €, 4 268 € et 3 711 € » sont remplacés par les montants : « 16 474 €, 4 414 € et 3 838 € » ;

3° Le début du dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les seuils mentionnés au présent III sont revalorisés au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle... (le reste sans changement). »

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

CHAPITRE II

Mesures relatives au recouvrement

.....

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

II. – Le I s'applique aux ~~revenus de remplacement dont le fait générateur intervient~~ à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

CHAPITRE II

Mesures relatives au recouvrement

.....

Article 12 bis

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

1° ~~Le III de l'article L. 136-5 est complété par une phrase ainsi rédigée :~~

~~« La contribution sociale généralisée due sur les indemnités de congés payés et sur les avantages conventionnels y afférents, servis par les caisses de congés payés en application de l'article L. 3141-32 du code du travail, est précomptée par les caisses de congés payés, responsables du versement des charges citées au 2° de l'article L. 243-1-3 du présent code assises sur ces indemnités et avantages selon les modalités définies au II de l'article 23 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de~~

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

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

CHAPITRE II

Mesures relatives au recouvrement

.....

Article 12 bis

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

1° (*Supprimé*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

~~financement de la sécurité sociale pour 2015, sous réserve d'exceptions prévues par arrêté.» ;~~

2° L'article L. 243-1-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 243-1-3. – Au titre des périodes de congés des salariés des employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail, les cotisations et contributions auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code sont acquittées dans les conditions suivantes :

« 1° Les employeurs affiliés auxdites caisses de congés s'acquittent de leurs cotisations mentionnées à l'article L. 834-1 du présent code et de leurs versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales, par le versement libératoire de majorations proportionnelles aux cotisations et contributions correspondantes dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés. Le taux de ces majorations est fixé par décret ;

« 2° Pour les cotisations de sécurité sociale et les contributions mentionnées à l'article L. 136-2 du présent code, à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, les caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail effectuent, avant la fin du mois au cours duquel les cotisations leur sont versées, un versement égal au produit du montant des cotisations encaissées par les caisses de congés payés par un taux fixé par décret, en fonction des taux de cotisations et contributions en vigueur. Le cas échéant, ce versement fait l'objet d'un ajustement, dans des conditions fixées par décret, sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés. »

II. – Le II de l'article 23 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour

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

« Art. L. 243-1-3. – Au titre des périodes de congés des salariés des employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail, les cotisations et contributions auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code sont acquittées dans les conditions suivantes :

« 1° Les employeurs affiliés auxdites caisses de congés s'acquittent de leurs cotisations mentionnées à l'article L. 834-1 du présent code et de leurs versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales par le versement libératoire de majorations proportionnelles aux cotisations et contributions correspondantes dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés. Le taux de ces majorations est fixé par décret ;

« 2° Pour les cotisations de sécurité sociale et les contributions mentionnées à l'article L. 136-2 du présent code, à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, les caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail effectuent, avant la fin du mois au cours duquel les cotisations leur sont versées, un versement égal au produit du montant des cotisations encaissées par les caisses de congés payés par un taux fixé par décret, en fonction des taux de cotisations et contributions en vigueur. Le cas échéant, ce versement fait l'objet d'un ajustement, dans des conditions fixées par décret, sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés. »

II. – (Non modifié)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

2015 est ainsi rédigé :

« II - L'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale s'applique aux périodes d'acquisition de droits à congés postérieures au 1<sup>er</sup> avril 2015 pour les cotisations et contributions mentionnées au 2° du même article L. 243-1-3. Le 1° du I du présent article s'applique à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016. »

**Article 14 bis**

L'article 122 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005 est ainsi modifié :

1° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes mentionnées au premier alinéa du présent I peuvent bénéficier, au titre de leurs périodes d'activité antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2014, d'une prise en charge totale ou partielle de leur dette sociale, dans la limite de 10 000 €. » ;

2° À la première phrase du III, après ~~les mots~~ : « dette sociale », sont insérés les mots : « , constituée au titre des périodes d'activité comprises entre le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et le 31 décembre 2015, » ;

3° Le IV est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « de l'aide et de l'annulation » sont remplacés par les mots : « des dispositions » ;

b) Les 2° et 3° sont abrogés ;

c) Le 4° est ainsi modifié :

- à la fin du deuxième alinéa, l'année : « 2014 » est remplacée par l'année : « 2016 » ;

- à la première phrase du dernier alinéa, les mots : « en tout ou partie par un versement complémentaire et pour le

**Article 14 bis  
(Supprimé)**

**Article 14 bis**

L'article 122 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005 est ainsi modifié :

1° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes mentionnées au premier alinéa du présent I peuvent bénéficier, au titre de leurs périodes d'activité antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2014, d'une prise en charge totale ou partielle de leur dette sociale, dans la limite de 10 000 €. » ;

2° À la première phrase du III, après la seconde occurrence du mot : « sociale », sont insérés les mots : « , constituée au titre des périodes d'activité comprises entre le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et le 31 décembre 2015, » ;

3° Le IV est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « de l'aide et de l'annulation » sont remplacés par les mots : « des dispositions » ;

b) Les 2° et 3° sont abrogés ;

c) Le 4° est ainsi modifié :

- à la fin du deuxième alinéa, l'année : « 2014 » est remplacée par l'année : « 2016 » ;

- à la première phrase du dernier alinéa, les mots : « en tout ou partie par un versement complémentaire et pour le

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

reste » sont supprimés ;

- la seconde phrase du même dernier alinéa est supprimée ;

d) Au 6°, l'année : « 2013 » est remplacée par l'année : « 2015 » ;

4° Au V, les mots : « des I et » sont remplacés par le mot : « du » ;

5° Le VI est abrogé.

.....

CHAPITRE III

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

**Article 16**

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

« Section 12

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

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

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

« L'assiette de la contribution est constituée par le montant total du chiffre d'affaires du redevable relatif à la commercialisation des tabacs manufacturés, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

—

.....

CHAPITRE III

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

**Article 16**

*(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

reste » sont supprimés ;

- la seconde phrase du même dernier alinéa est supprimée ;

d) Au 6°, l'année : « 2013 » est remplacée par l'année : « 2015 » ;

4° Au V, les mots : « des I et » sont remplacés par le mot : « du » ;

5° Le VI est abrogé.

.....

CHAPITRE III

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

**Article 16**

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

« Section 12

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

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

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

« L'assiette de la contribution est constituée par le montant total du chiffre d'affaires du redevable relatif à la commercialisation des tabacs manufacturés, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Guyane, en Martinique, à Mayotte et à La Réunion, déduction faite de la remise consentie par ce redevable aux débiteurs en application du 3° du I de l'article 570 dudit code et du droit de consommation prévu aux articles 575 ou 575 E du même code.

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

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

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

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

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

Guyane, en Martinique, à Mayotte et à La Réunion, déduction faite de la remise consentie par ce redevable aux débiteurs en application du 3° du I de l'article 570 dudit code et du droit de consommation prévu aux articles 575 ou 575 E du même code.

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

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

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

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

II (nouveau). – La répercussion de la contribution mentionnée à l'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale sur les producteurs auprès desquels un fournisseur agréé de tabacs manufacturés mentionné au 1 de l'article 565 du code général des impôts s'approvisionne ne peut avoir pour effet, pour des produits du tabac d'un même groupe dont le conditionnement et le prix de vente au détail sont identiques, de conduire à ce que la part nette de ce prix attribuée aux différents producteurs diffère de plus de 5 %.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Article 18**

I. – A. – La section 2 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

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

« Art. L. 138-10. – I. – Lorsque les chiffres d'affaires hors taxes réalisés au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, ont respectivement évolué de plus d'un taux (Lv) ou d'un taux (Lh), déterminés par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, minorés des remises mentionnées à l'article L. 138-13 et des contributions prévues au présent article, ces entreprises sont assujetties à des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution.

« II. – Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :

« 1° S'agissant du taux (Lv), ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;

« 2° S'agissant du taux (Lh) :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 18**

I. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Alinéa sans modification*)

« Art. L. 138-10. – I. – Lorsque les chiffres d'affaires hors taxes réalisés au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, ont respectivement évolué de plus d'un taux ~~L-déterminé~~ par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, ces entreprises sont assujetties à des contributions liées à ~~ce~~ taux d'évolution.

« II. – (*Alinéa sans modification*)

« 1° Ceux inscrits sur ~~les listes mentionnées~~ au premier alinéa de l'article L. 162-17, ~~à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;~~

« 2° ~~Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;~~

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Article 18**

I. – A. – La section 2 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

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

« Art. L. 138-10. – I. – Lorsque les chiffres d'affaires hors taxes réalisés au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, ont respectivement évolué de plus d'un taux (Lv) ou d'un taux (Lh), déterminés par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, minorés des remises mentionnées à l'article L. 138-13 et des contributions prévues au présent article, ces entreprises sont assujetties à des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution.

« II. – Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :

« 1° S'agissant du taux (Lv), ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;

« 2° S'agissant du taux (Lh) :

« a) Ceux inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« a) Ceux inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;

« b) Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;

« c) Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

« Ne sont toutefois pas pris en compte :

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

« - les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, sont remboursées sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° du même article L. 5121-1 est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.

« III. – Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du présent code ainsi que les contributions prévues au présent article s'imputent sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. Pour chaque année civile considérée, dans le cas où un médicament relève

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« 3° Ceux pris en charge en application de l'article ~~L. 162-5-2~~ du présent code.

*(Alinéa supprimé)*

*(Alinéa supprimé)*

*(Alinéa sans modification)*

« - 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 et pour lesquels le chiffre d'affaires total, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ;

*(Alinéa sans modification)*

« III. – Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du présent code ainsi que ~~la contribution prévue~~ au présent article s'imputent sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. » ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

code de la santé publique :

« b) Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;

« c) Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

« Ne sont toutefois pas pris en compte :

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

« - les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, sont remboursées sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° du même article L. 5121-1 est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.

« III. – Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du présent code ainsi que les contributions prévues au présent article s'imputent sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. Pour chaque année civile considérée, dans le cas où un médicament relève

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

simultanément ou consécutivement des taux d'évolution (Lv) et (Lh), les chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont répartis au prorata des montants remboursés pour ce médicament par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre, respectivement, des 1° et 2° du II. » ;

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

« Art. L. 138-11. – L'assiette de chaque contribution définie à l'article L. 138-10 est égale aux chiffres d'affaires respectifs de l'année civile mentionnés au I du même article L. 138-10. » ;

3° L'article L. 138-12 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Le montant total de chaque contribution est calculé comme suit, en prenant comme taux (L) mentionné dans le tableau ci-dessous soit le taux (Lv) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 1° du II de l'article L. 138-10, soit le taux (Lh) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 2° du même II : » ;

b) La première phrase du troisième alinéa est ainsi modifiée :

- au début, le mot : « La » est remplacé par le mot : « Chaque » ;

- après la première occurrence des mots : « chiffre d'affaires », il est inséré le mot : « respectif » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « de la contribution due » sont remplacés par les mots : « des contributions dues » et les mots : « dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « , en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin » ;

4° L'article L. 138-13 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

2° (*Non modifié*)

3° (*Alinéa sans modification*)

a) (*Supprimé*)

b) (*Non modifié*)

c) Au dernier alinéa, les mots : « dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « , en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin » ;

4° (*Supprimé*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

simultanément ou consécutivement des taux d'évolution (Lv) et (Lh), les chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont répartis au prorata des montants remboursés pour ce médicament par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre, respectivement, des 1° et 2° du II. » ;

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

« Art. L. 138-11. – L'assiette de chaque contribution définie à l'article L. 138-10 est égale aux chiffres d'affaires respectifs de l'année civile mentionnés au I du même article L. 138-10. » ;

3° L'article L. 138-12 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Le montant total de chaque contribution est calculé comme suit, en prenant comme taux (L) mentionné dans le tableau ci-dessous soit le taux (Lv) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 1° du II de l'article L. 138-10, soit le taux (Lh) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 2° du même II : » ;

b) La première phrase du troisième alinéa est ainsi modifiée :

- au début, le mot : « La » est remplacé par le mot : « Chaque » ;

- après la première occurrence des mots : « chiffre d'affaires », il est inséré le mot : « respectif » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « de la contribution due » sont remplacés par les mots : « des contributions dues » et les mots : « dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « , en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin » ;

4° L'article L. 138-13 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

premier alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, quatre fois, par les mots : « chaque contribution » ;

b) Aux première et seconde phrases du second alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, deux fois, par les mots : « chaque contribution » ;

4° bis À l'article L. 138-14, le mot : « la » est remplacé par le mot : « chaque » ;

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

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les contributions dues par chaque entreprise redevable font l'objet d'un versement au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet suivant l'année civile au titre de laquelle les contributions sont dues. » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, deux fois, par les mots : « chaque contribution » et, après les mots : « chiffre d'affaires », il est inséré le mot : « respectif » ;

6° L'article L. 138-16 est ainsi rédigé :

« Art. L. 138-16. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13, dû au titre du taux (Lv), est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Le produit de la contribution et des remises mentionnées au même article L. 138-13, dû au titre du taux (Lh), est affecté au Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique mentionné à l'article L. 221-1-1. »

B. – Pour l'année 2017, les taux (Lv) et (Lh) mentionnés à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale sont fixés, respectivement, à 0 % et à 2 %.

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

4° bis (*Supprimé*)

5° (*Alinéa sans modification*)

a) (*Non modifié*)

b) (*Supprimé*)

c) (*Supprimé*)

6° (*Supprimé*)

B. – Pour l'année 2017, ~~le~~ ~~taux~~ ~~mentionné~~ à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale ~~est fixé~~ à 1 %.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

premier alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, quatre fois, par les mots : « chaque contribution » ;

b) Aux première et seconde phrases du second alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, deux fois, par les mots : « chaque contribution » ;

4° bis À l'article L. 138-14, le mot : « la » est remplacé par le mot : « chaque » ;

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

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les contributions dues par chaque entreprise redevable font l'objet d'un versement au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet suivant l'année civile au titre de laquelle les contributions sont dues. » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, deux fois, par les mots : « chaque contribution » et, après les mots : « chiffre d'affaires », il est inséré le mot : « respectif » ;

6° L'article L. 138-16 est ainsi rédigé :

« Art. L. 138-16. – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13, dû au titre du taux (Lv), est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Le produit de la contribution et des remises mentionnées au même article L. 138-13, dû au titre du taux (Lh), est affecté au Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique mentionné à l'article L. 221-1-1. »

B. – Pour l'année 2017, les taux (Lv) et (Lh) mentionnés à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale sont fixés, respectivement, à 0 % et à 2 %.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

II. – A. – La section 3 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, les mots : « et dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « , en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, » et la référence : « L. 138-19-4, » est supprimée ;

2° L'article L. 138-19-3 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du troisième alinéa est supprimée ;

b) À la seconde phrase du dernier alinéa, le mot : « la » est remplacé par le mot : « chaque » et sont ajoutés les mots : « , au prorata des montants de chaque contribution dus par l'entreprise » ;

3° L'article L. 138-19-4 est abrogé ;

4° À l'article L. 138-19-7, les mots : « et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 » sont supprimés.

B. – Les articles L. 138-19-1, ~~L. 138-19-2~~, L. 138-19-3, ~~L. 138-19-5~~, ~~L. 138-19-6~~ et L. 138-19-7 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du présent article, s'appliquent pour l'année 2017.

Pour l'année 2017, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 et L. 138-19-3 du même code est fixé à 600 millions d'euros.

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

II. – (*Supprimé*)

~~III (nouveau). – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :~~

~~1° La section 3 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> est abrogée ;~~

~~2° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, la référence : « L. 138-19-1, » est supprimée.~~

~~IV (nouveau). – Le III du présent article entre en vigueur au~~

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

II. – A. – La section 3 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, les mots : « et dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « , en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, » et la référence : « L. 138-19-4, » est supprimée ;

2° L'article L. 138-19-3 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du troisième alinéa est supprimée ;

b) À la seconde phrase du dernier alinéa, le mot : « la » est remplacé par le mot : « chaque » et sont ajoutés les mots : « , au prorata des montants de chaque contribution dus par l'entreprise » ;

3° L'article L. 138-19-4 est abrogé ;

4° À l'article L. 138-19-7, les mots : « et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 » sont supprimés.

B. – Les articles L. 138-19-1, L. 138-19-3, L. 138-19-7 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du présent article, et L. 138-19-2, L. 138-19-5 et L. 138-19-6 du même code s'appliquent pour l'année 2017.

Pour l'année 2017, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 et L. 138-19-3 du même code est fixé à 600 millions d'euros.

III. – (*Supprimé*)

IV. – (*Supprimé*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

1<sup>er</sup> janvier 2017.

~~V (nouveau). – La perte de revenus résultant pour les organismes de sécurité sociale, d'une part, de la fixation à 1°% du taux global et, d'autre part, de l'évolution de l'assiette prise en compte pour l'établissement de la clause de sauvegarde de la suppression du mécanisme W est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.~~

**Article 18 bis**

~~I. – Après le premier alinéa de l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

~~« Le montant des ventes de spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et inscrites au répertoire des groupes génériques n'est pas inclus dans l'assiette de la contribution. »~~

~~II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.~~

**Article 19 bis**

L'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

~~1° Après le deuxième alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

« Les accords peuvent également prévoir la mutualisation de la couverture des risques décès, incapacité, invalidité ou inaptitude. À cette fin, dans le respect des conditions définies au II, ils peuvent organiser la sélection d'au moins deux organismes mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

~~V. – (Supprimé)~~

**Article 18 bis  
(Supprimé)**

~~I. – (Alinéa supprimé)~~

~~(Alinéa supprimé)~~

~~II. – (Alinéa supprimé)~~

**Article 19 bis**

L'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les accords peuvent également prévoir la mutualisation de la couverture des risques décès, incapacité, invalidité ou inaptitude. À cette fin, dans le respect des conditions définies au II, ils peuvent organiser la sélection d'au moins deux organismes mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

précitée ou institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances permettant la mutualisation d'un socle commun de garanties défini par l'accord à travers des contrats de référence. Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord ont l'obligation de souscrire un des contrats de référence, ~~à l'exception de celles qui ont conclu un accord collectif antérieur de même objet.~~ » ;

2° Au premier alinéa du II, après le mot : « recommandation », sont insérés les mots : « ou la mutualisation » ;

3° À la première phrase du III, après le mot : « recommandation », sont insérés les mots : « ou de la mutualisation ».

**TITRE II**

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

**Article 20**

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 131-7 est complété par les mots : « , et à la réduction de cotisation mentionnée à l'article L. 612-5, dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017 » ;

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

a) Le 1° est ainsi modifié :

- à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 61,1 % » est remplacé par le taux : « 38,48 % » ;

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

précitée ou institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances permettant la mutualisation d'un socle commun de garanties défini par l'accord à travers des contrats de référence. Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord ont l'obligation de souscrire un des contrats de référence lorsqu'elles n'avaient pas, antérieurement à la date d'effet de celui-ci, adhéré ou souscrit un contrat de même objet auprès d'un organisme différent de celui prévu par cet accord, sauf si l'adhésion ou la souscription de ce contrat résultait d'un dispositif de mutualisation mis en place en application du présent alinéa. » ;

2° Au premier alinéa du II, après le mot : « recommandation », sont insérés les mots : « ou la mutualisation » ;

3° À la première phrase du III, après le mot : « recommandation », sont insérés les mots : « ou de la mutualisation ».

.....

**TITRE II**

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

**Article 20**

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° *(Non modifié)*

2° *(Non modifié)*

**TITRE II**

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

**Article 20**

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 131-7 est complété par les mots : « , et à la réduction de cotisation mentionnée à l'article L. 612-5, dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017 » ;

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

a) Le 1° est ainsi modifié :

- à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 61,1 % » est remplacé par le taux : « 38,48 % » ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

- à la fin du troisième alinéa, le taux : « 19,2 % » est remplacé par le taux : « 38,65 % » ;

- à la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 17,2 % » est remplacé par le taux : « 22,87 % » ;

- le dernier alinéa est supprimé ;

b) Le 7° est ainsi modifié :

- à la fin du a, le taux : « 57,28 % » est remplacé par le taux : « 99,75 % » ;

- les b à i sont abrogés ;

- le j devient le b ;

3° L'article L. 135-2 est ainsi modifié :

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

« Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse comprennent : » ;

b) Les II à IV sont abrogés ;

4° L'article L. 135-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « au I de » sont remplacés par le mot : « à » ;

b) Les II et III sont abrogés ;

5° Le premier alinéa du 4° du IV de l'article L. 136-8 est ainsi rédigé :

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

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

3° (*Alinéa sans modification*)

a) (*Non modifié*)

b) le 10° du I et les II à IV sont abrogés ;

4° (*Non modifié*)

5° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

- à la fin du troisième alinéa, le taux : « 19,2 % » est remplacé par le taux : « 38,74 % » ;

- à la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 17,2 % » est remplacé par le taux : « 22,78 % » ;

- le dernier alinéa est supprimé ;

b) Le 7° est ainsi modifié :

- à la fin du a, le taux : « 57,28 % » est remplacé par le taux : « 99,75 % » ;

- les b à i sont abrogés ;

- le j devient le b ;

3° L'article L. 135-2 est ainsi modifié :

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

« Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse comprennent : » ;

b) Le 10° du I et Les II à IV sont abrogés ;

4° L'article L. 135-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « au I de » sont remplacés par le mot : « à » ;

b) Les II et III sont abrogés ;

5° Le premier alinéa du 4° du IV de l'article L. 136-8 est ainsi rédigé :

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

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

de : » ;

6° Au 5° de l'article L. 223-1, après le mot : « agricoles », sont insérés les mots : « , le régime des exploitants agricoles » ;

7° Le 4° du IV de l'article L. 241-2 est abrogé ;

8° L'article L. 241-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « une fraction du produit » sont remplacés par les mots : « le produit » et les mots : « , fixée à l'article L. 651-2-1<sup>7</sup> » sont supprimés ;

b) Avant le dernier alinéa, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par :

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

« 2° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente ans ;

« 3° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du ~~code du travail~~ ;

« 4° Les sommes acquises à l'État en application du 5° de l'article

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

5° *bis* (nouveau) Après le mot : « ristournes », la fin du 4° de l'article L. 143-1 est ainsi rédigée : « et l'imposition de cotisations supplémentaires ; »

6° (*Non modifié*)

7° (*Non modifié*)

8° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

correspondant à un taux de : » ;

5° *bis* Après le mot : « ristournes », la fin du 4° de l'article L. 143-1 est ainsi rédigée : « et l'imposition de cotisations supplémentaires ; »

6° Au 5° de l'article L. 223-1, après le mot : « agricoles », sont insérés les mots : « , le régime des exploitants agricoles » ;

7° Le 4° du IV de l'article L. 241-2 est abrogé ;

8° L'article L. 241-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « une fraction du produit » sont remplacés par les mots : « le produit » et les mots : « , fixée à l'article L. 651-2-1 » sont supprimés ;

b) Avant le dernier alinéa, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par :

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

« 2° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente ans ;

« 3° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du même code ;

« 4° Les sommes acquises à l'État en application du 5° de l'article

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 5° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

« 6° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques. » ;

9° Le II de l'article L. 245-16 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, le taux : « 1,15 % » est remplacé par le taux : « 1,38 % » ;

b) Au dernier alinéa, le taux : « 3,35 % » est remplacé par le taux : « 3,12 % » ;

9° bis Au début du premier alinéa de l'article L. 251-6-1, sont ajoutés les mots : « Lorsque le solde moyen de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le dernier exercice clos est positif, » ;

10° Le premier alinéa de l'article L. 413-6 est ainsi rédigé :

« Les prestations accordées en application des articles L. 413-2 à L. 413-5 sont, selon le cas, à la charge soit de l'État employeur, soit des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4. L'État ou ces caisses sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables. » ;

11° L'article L. 413-10 est ainsi modifié :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

9° *(Non modifié)*

9° bis *(Non modifié)*

10° *(Non modifié)*

11° *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 5° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

« 6° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques. » ;

9° Le II de l'article L. 245-16 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, le taux : « 1,15 % » est remplacé par le taux : « 1,38 % » ;

b) Au dernier alinéa, le taux : « 3,35 % » est remplacé par le taux : « 3,12 % » ;

9° bis Au début du premier alinéa de l'article L. 251-6-1, sont ajoutés les mots : « Lorsque le solde moyen de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le dernier exercice clos est positif, » ;

10° Le premier alinéa de l'article L. 413-6 est ainsi rédigé :

« Les prestations accordées en application des articles L. 413-2 à L. 413-5 sont, selon le cas, à la charge soit de l'État employeur, soit des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4. L'État ou ces caisses sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables. » ;

11° L'article L. 413-10 est ainsi modifié :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

a) À la fin du troisième alinéa, les mots : « du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit du fonds commun prévu à l'article 1203 du code rural » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 du présent code, soit des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;

b) À la fin du dernier alinéa, les mots : « le fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit par le fonds commun prévu à l'article 1203 du code rural » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 du présent code, soit par les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;

12° L'article L. 413-11-2 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 » ;

b) Au ~~deuxième~~ alinéa, les mots : « le fonds commun mentionné à l'article L. 437-1 est subrogé » sont remplacés par les mots : « les caisses sont subrogées » ;

13° L'article L. 437-1 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « sans donner lieu à intervention du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole » sont supprimés ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

13° bis À la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 633-10, le mot : « avant-dernier » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

14° Le deuxième alinéa de l'article L. 635-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le régime complémentaire

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

12° (*Non modifié*)

13° (*Non modifié*)

13° bis (*Non modifié*)

14° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

a) À la fin du troisième alinéa, les mots : « du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit du fonds commun prévu à l'article 1203 du code rural » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 du présent code, soit des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;

b) À la fin du dernier alinéa, les mots : « le fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit par le fonds commun prévu à l'article 1203 du code rural » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 du présent code, soit par les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;

12° L'article L. 413-11-2 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 » ;

b) Au second alinéa, les mots : « le fonds commun mentionné à l'article L. 437-1 est subrogé » sont remplacés par les mots : « les caisses sont subrogées » ;

13° L'article L. 437-1 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « sans donner lieu à intervention du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole » sont supprimés ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

13° bis À la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 633-10, le mot : « avant-dernier » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

14° Le deuxième alinéa de l'article L. 635-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le régime complémentaire



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants assure le financement des pensions versées aux bénéficiaires du régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment. » ;

15° L'article L. 651-2-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 651-2-1. – Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2. » ;

15° bis Après la référence : « L. 862-4 », la fin de l'article L. 862-3 est supprimée ;

16° Le IV de l'article L. 862-4 est ainsi rédigé :

« IV. – Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II bis du présent article, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du même II bis est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté à ce même fonds pour une fraction fixée à 20,18 % et à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour une fraction fixée à 79,82 %. »

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

1° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Au 5°, le taux : « 57,8 % » est remplacé par le taux « 55,77 % » ;

b) Les 8° à 10° sont abrogés ;

2° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :

a) Au 3°, le taux : « 42,2 % » est remplacé par le taux : « 40,05 % » ;

b) Après le 6°, il est inséré un 6° bis ainsi rédigé :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

15° (*Non modifié*)

15° bis (*Non modifié*)

16° (*Non modifié*)

II. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants assure le financement des pensions versées aux bénéficiaires du régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment. » ;

15° L'article L. 651-2-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 651-2-1. – Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2. » ;

15° bis Après la référence : « L. 862-4 », la fin de l'article L. 862-3 est supprimée ;

16° Le IV de l'article L. 862-4 est ainsi rédigé :

« IV. – Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II bis du présent article, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du même II bis est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté à ce même fonds pour une fraction fixée à 20,18 % et à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour une fraction fixée à 79,82 %. »

II. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« 6° *bis* Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1618 *septies* du code général des impôts ; »

3° Le troisième alinéa de l'article L. 732-58 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« - par une fraction, fixée à 4,18 %, du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du code général des impôts ;

« - par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1609 *vicies* du code général des impôts. » ;

3° *bis* Le 3° des I et II de l'article L. 741-9 est abrogé ;

4° L'intitulé du chapitre III du titre V du livre VII est ainsi rédigé : « Accidents du travail intervenus avant le 1<sup>er</sup> juillet 1973 » ;

5° L'article L. 753-1 est ainsi modifié :

a) Au début, les mots : « La Caisse des dépôts et consignations gère un fonds commun des accidents du travail agricole qui a » sont remplacés par les mots : « Les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 assurent » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Elles peuvent déléguer par convention ces compétences à une autre caisse mentionnée au même article L. 723-2. » ;

6° L'article L. 753-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 753-2. – Les sociétés et organismes d'assurance peuvent transmettre le service des rentes et la charge des frais de renouvellement d'appareillage dont ils demeurent tenus aux caisses mentionnées à l'article L. 723-2 ou à une caisse délégataire en application de l'article L. 753-1, à charge pour eux de transmettre en même temps à ces caisses l'actif correspondant à ces engagements.

« Un décret fixe les conditions

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

et modalités de ces transferts. » ;

7° La section 2 du chapitre III du titre V est abrogée ;

8° L'intitulé de la section 3 du même chapitre III est ainsi rédigé : « Dépenses relatives aux accidents du travail intervenus avant le 1<sup>er</sup> juillet 1973 » ;

9° L'article L. 753-4 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « le fonds commun des accidents du travail agricole » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

10° L'article L. 753-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « La Caisse des dépôts et consignations exerce » sont remplacés par les mots : « Les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 exercent » et le mot : « elle » est remplacé par le mot : « elles » ;

b) Au second alinéa, les mots : « elle jouit, pour le remboursement de ses avances » sont remplacés par les mots : « elles jouissent, pour le remboursement de leurs avances » et les mots : « n'a » sont remplacés par les mots : « n'ont » ;

11° Au second alinéa de l'article L. 753-6, les mots : « de la caisse des dépôts et consignations exerçant son recours » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 exerçant leur recours » ;

12° L'article L. 753-7 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, les mots : « Le fonds commun des accidents du travail agricole supporte » sont remplacés par les mots : « Les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 supportent » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « du fonds commun des

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

accidents du travail agricole » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées au même article L. 723-2 » ;

13° Aux articles L. 753-12 et L. 753-15, au deuxième alinéa de l'article L. 753-19, à l'article L. 753-20 et au dernier alinéa de l'article L. 753-22, les mots : « le Fonds commun des accidents du travail agricole » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 ».

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

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

a) Le 3° est complété par les mots : « et répartie entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget ; »

b) Le 6° est abrogé ;

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

a) Le *a* du 1° du II est ainsi rédigé :

« *a*) 20 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 et une fraction comprise entre 74 % et 82 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ; »

b) Le *a* du 1° du IV est ainsi rédigé :

« *a*) Une fraction comprise entre 4 % et 10 % du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4 ; ».

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

1° Au premier alinéa du I de l'article 1609 *vicies*, les mots : « au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

III. – (*Non modifié*)

IV. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

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

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

a) Le 3° est complété par les mots : « et répartie entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget, pris après avis du conseil mentionné à l'article L. 14-10-3 du même code ; »

b) Le 6° est abrogé ;

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

a) Le *a* du 1° du II est ainsi rédigé :

« *a*) 20 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 et une fraction comprise entre 74 % et 82 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ; »

b) Le *a* du 1° du IV est ainsi rédigé :

« *a*) Une fraction comprise entre 4 % et 10 % du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4 ; ».

IV. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

2° Au premier alinéa de l'article 1618 *septies*, les mots : « au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

3° Les six premiers alinéas de l'article 1622 sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les organismes assureurs contribuent au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 753-1 du code rural et de la pêche maritime. Cette contribution est calculée au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-1 du code rural, dans sa rédaction antérieure au 1<sup>er</sup> avril 2002, et au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002 en application de l'article L. 752-22 du code rural dans sa rédaction antérieure au 1<sup>er</sup> avril 2002.

« Le montant total de ces contributions est égal à la moitié de la prévision de dépenses mentionnées au même article L. 753-1 au titre de l'année, corrigée de la moitié des insuffisances ou excédents constatés au titre de l'année précédente. Il est fixé chaque année par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de l'agriculture, dans la limite d'un plafond annuel de 24 millions d'euros. »

V. – À la seconde phrase du premier alinéa du III de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, les mots : « d'une fraction égale à 0,31 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, » sont supprimés.

VI. – Le V de l'article 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« V. – Les branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime versent, en début d'exercice, au régime d'assurance vieillesse

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

V. – *(Non modifié)*

VI. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

V. – *(Non modifié)*

VI. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 dudit code dont ils sont attributaires, égale à la prévision annuelle du surplus de recettes résultant du présent article, dont le montant est fixé et réparti par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font l'objet d'une régularisation lors du versement de l'année suivante. »

VII. – Le régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale rembourse, au plus tard le 1<sup>er</sup> avril 2017, à la branche mentionnée au 2° de l'article L. 611-2 du même code les sommes, fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, correspondant aux créances constatées au 31 décembre 2016 sur le régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment dans les comptes de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 dudit code.

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

IX. – Les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles qui ne sont pas affiliées aux régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1 du code de la sécurité sociale de la majoration mentionnée au 1° du II de l'article L. 135-2 du même code,

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

VII. – *(Non modifié)*

VIII. – Les recettes mises en réserve mentionnées au III de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, font l'objet, au plus tard le ~~31 janvier~~ 2017, d'un prélèvement au profit ~~du fonds mentionné~~ à l'article ~~L. 135-4~~ du même code ~~affecté à la prise en charge assurée par ce fonds de la fraction de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 dudit code~~. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du même code.

IX. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

VII. – *(Non modifié)*

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

IX. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, demeurent prises en charge, dans une section comptable distincte, jusqu'à une date ne pouvant excéder le 31 décembre 2019 et à hauteur d'une fraction fixée par décret, par le fonds institué à l'article L. 135-1 dudit code. Les frais de gestion afférents à la prise en charge de ces majorations sont retracés au sein de cette même section comptable.

La branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale prend en charge les régularisations des versements effectués au titre de 2016 en application du III de l'article L. 135-2 du même code dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

IX bis. – Par dérogation à l'article L. 14-10-1 et au IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles et à titre exceptionnel pour l'année 2017, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie finance, dans la limite de 50 millions d'euros, un fonds d'appui à la définition de la stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile, de soutien aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du même code, dans des conditions définies par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et du budget.

X. – Les 10° à 13° du I, les 4° à 13° du II et le 3° du IV entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

**Article 22**

Pour l'année 2017, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

IX bis. – *(Non modifié)*

X. – *(Non modifié)*

**Article 22**  
*(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

IX bis. – *(Non modifié)*

X. – *(Non modifié)*

**Article 22**

Pour l'année 2017, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

(En milliards d'euros)

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

**Article 23**

Pour l'année 2017, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

(En milliards d'euros)

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

**Article 24**

I. – Pour l'année 2017, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 23**  
*(Supprimé)*

*(Supprimé)*

**Article 24**

I. – *(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

(En milliards d'euros)

[[Tableau non modifié]]

**Article 23**

Pour l'année 2017, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

(En milliards d'euros)

[[Tableau non modifié]]

**Article 24**

I. – Pour l'année 2017, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

(En milliards d'euros)

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

II. – Pour l'année 2017, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 14,9 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2017, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

IV. – Pour l'année 2017, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

**Article 26**

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

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

II. – *(Non modifié)*

III. – *(Non modifié)*

IV. – *(Non modifié)*

**Article 26**  
*(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

(En milliards d'euros)

[[Tableau non modifié]]

II. – *(Non modifié)*

III. – *(Non modifié)*

IV. – *(Non modifié)*

**Article 26**

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017

QUATRIÈME PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES  
AUX DÉPENSES POUR  
L'EXERCICE 2017

TITRE I<sup>ER</sup>

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

TITRE I<sup>ER</sup>

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

TITRE I<sup>ER</sup>

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

Article 27

Article 27

Article 27

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

I. – (*Alinéa sans modification*)

I. – Le livre V du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle, est ainsi modifié :

1° L'article L. 523-1 est ainsi modifié :

1° (*Non modifié*)

1° L'article L. 523-1 est ainsi modifié :

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

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

b) ~~Au 3°, après~~ les mots : « par ~~décision de justice~~ », sont ~~insérés~~ les mots : « ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée ~~dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2~~ » ;

b) À la fin du 3°, les mots : « , par une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont remplacés par les mots : « ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée par les actes ou accords mentionnés au IV » ;

c) Le 4° est ainsi modifié :

c) Le 4° est ainsi modifié :

- à la première phrase, les mots : « de leur obligation d'entretien ou » sont supprimés et, ~~après~~ les mots : « ~~décision de justice~~ », sont ~~insérés~~ les mots : « ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée ~~dans le titre exécutoire mentionné au même article L. 582-2~~ » ;

- à la première phrase, les mots : « de leur obligation d'entretien ou » sont supprimés et les mots : « , par une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont remplacés par les mots : « ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée par un accord amiable ou par les actes ou accords mentionnés au même IV, » ;

- à la dernière phrase, les mots : « l'obligation d'entretien » sont remplacés par les mots : « la contribution » ;

- à la dernière phrase, les mots : « de décision de justice, de convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

d) Après le ~~même~~ 4°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« II. – En vue de faciliter la fixation de la pension alimentaire par l'autorité judiciaire, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au parent bénéficiaire les renseignements dont il dispose concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant à l'issue du contrôle qu'il effectue sur sa situation, dès lors qu'un droit à l'allocation de soutien familial mentionné au 3° du I est ouvert. » ;

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

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou d'un acte reçu en la forme authentique par un notaire, préalable, le montant de l'obligation d'entretien » sont remplacés par les mots : « d'une décision de justice ou d'un accord ou d'un acte respectivement mentionnés aux 1° et 2° du IV, le montant de la contribution » ;

c bis) (nouveau) À la première phrase du même 4°, tel qu'il résulte du c du présent 1°, les mots : « par un accord amiable ou » sont supprimés ;

d) Après ledit 4°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« II. – En vue de faciliter la fixation de la pension alimentaire par l'autorité judiciaire, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au parent bénéficiaire les renseignements dont il dispose concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant à l'issue du contrôle qu'il effectue sur sa situation, dès lors qu'un droit à l'allocation de soutien familial mentionné au 3° du I est ouvert. » ;

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

f) (nouveau) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – Constituent des actes ou accords au sens des 3° et 4° du I du présent article, sous réserve qu'ils aient acquis force exécutoire :

« 1° L'accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce par acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ;

« 2° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire. » ;

g) (nouveau) Le IV, tel qu'il résulte du f du présent 1°, est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

2° L'article L. 581-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa et à la première phrase du deuxième alinéa, ~~après le mot : « exécutoire », sont insérés les mots : « ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2 » ;~~

b) Au dernier alinéa, après la référence : « 4° », est insérée la référence : « du I » ;

3° L'article L. 581-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Le titulaire d'une créance alimentaire, fixée par décision de justice devenue exécutoire, en faveur de ses enfants jusqu'à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, bénéficie, à sa demande, de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir. » ;

~~b) Au même premier alinéa, tel qu'il résulte du a du présent 3°, après le mot : « exécutoire », sont insérés les mots : « ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2 » ;~~

4° Au premier alinéa de l'article L. 581-10, ~~après le mot : « exécutoire », sont insérés les mots : « ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2, » ;~~

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

2° (*Non modifié*)

3° (*Non modifié*)

4° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du présent code. » ;

2° L'article L. 581-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa et à la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « par une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont remplacés par les mots : « ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1 » ;

b) Au dernier alinéa, après la référence : « 4° », est insérée la référence : « du I » ;

3° L'article L. 581-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Le titulaire d'une créance alimentaire, fixée par décision de justice devenue exécutoire ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1, en faveur de ses enfants jusqu'à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, bénéficie, à sa demande, de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir. » ;

b) (*Supprimé*)

4° Au premier alinéa de l'article L. 581-10, les mots : « , par une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

5° Le chapitre II du titre VIII est ainsi rétabli :

« Chapitre II

« Dispositions particulières relatives à certaines créances alimentaires

« Art. L. 582-1. – Pour l'application du dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, lorsque le créancier est demandeur ou bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales notifie au débiteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception qu'il est tenu de procéder auprès de cet organisme au versement de la créance fixée par décision de justice et que, à défaut de paiement dans un délai de deux mois à compter de cette notification, le recouvrement de la créance sera poursuivi par tout moyen. L'organisme débiteur précise les termes à échoir et les arriérés de pension dus à compter de la date de la décision de justice.

« Lorsque le créancier ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, le premier alinéa du présent article s'applique sur demande du créancier.

« Lorsque l'autorité judiciaire use de la faculté prévue au dernier alinéa du même article 373-2-2, le débiteur ne peut pas être considéré comme hors d'état de faire face à son obligation de versement de la pension alimentaire mise à sa charge par décision de justice.

« L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou, à défaut, du parent créancier. » ;

6° Le même chapitre II, tel qu'il résulte du 5° du présent I, est complété par un article L. 582-2 ainsi rédigé :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

5° (*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

« Art. L. 582-1. – Pour l'application du dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, lorsque le créancier est demandeur ou bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales notifie au débiteur qu'il est tenu de procéder auprès de cet organisme au versement de la créance fixée par décision de justice et que, à défaut de paiement dans un délai de deux mois à compter de cette notification, le recouvrement de la créance sera poursuivi par tout moyen. L'organisme débiteur précise les termes à échoir et les arriérés de pension dus à compter de la date de la décision de justice.

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa supprimé*)

(*Alinéa sans modification*)

6° (*Alinéa sans modification*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

remplacés par les mots : « ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1 » ;

5° Le chapitre II du titre VIII est ainsi rétabli :

« Chapitre II

« Dispositions particulières relatives à certaines créances alimentaires

« Art. L. 582-1. – Pour l'application du dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, lorsque le créancier est demandeur ou bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales notifie au débiteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception qu'il est tenu de procéder auprès de cet organisme au versement de la créance fixée par décision de justice et que, à défaut de paiement dans un délai de deux mois à compter de cette notification, le recouvrement de la créance sera poursuivi par tout moyen. L'organisme débiteur précise les termes à échoir et les arriérés de pension dus à compter de la date de la décision de justice.

« Lorsque le créancier ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, le premier alinéa du présent article s'applique sur demande du créancier.

« Lorsqu'une décision de justice prévoit que la pension alimentaire mise à la charge du parent débiteur est versée au directeur de l'organisme débiteur, ce parent débiteur ne peut pas être considéré comme hors d'état de faire face à son obligation de verser ladite pension pour le motif qui a conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au dernier alinéa du même article 373-2-2.

« L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou, à défaut, du parent créancier. » ;

6° Le même chapitre II, tel qu'il résulte du 5° du présent I, est complété par un article L. 582-2 ainsi rétabli :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« Art. L. 582-2. – Sur demande conjointe des parents qui mettent fin à leur vie en concubinage ou qui ont procédé à une dissolution du pacte civil de solidarité qui les liait, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales donne force exécutoire à l'accord par lequel ils fixent le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation en faveur de l'enfant mise à la charge du débiteur, si les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Les parents attestent qu'aucun d'eux n'est titulaire d'une créance fixée pour cet enfant par une décision de justice ou n'a engagé de démarche en ce sens ;

« 2° Le montant de la contribution, fixé en numéraire, est supérieur ou égal à un seuil établi en tenant compte notamment des modalités de résidence retenues pour l'enfant mentionné au premier alinéa, des ressources du débiteur et du nombre d'enfants de ce dernier lorsqu'ils sont à sa charge selon des conditions fixées par décret ;

« 3° L'accord précise les informations strictement nécessaires à la détermination du montant de la contribution mentionnées au 2° du présent article.

« La décision de l'organisme débiteur a les effets d'un jugement et constitue un titre exécutoire au sens du 6° de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution.

« La demande des parents mentionnée au premier alinéa du présent article peut être réalisée par voie dématérialisée.

« Lorsque l'information mentionnée au 1° n'a pas été portée à la connaissance de l'organisme débiteur, la décision de ce dernier est frappée de nullité.

« La décision de l'organisme n'est susceptible d'aucun recours devant la commission de recours amiable prévue en application de

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« Art. L. 582-2. – (*Alinéa sans modification*)

« 1° (*Non modifié*)

« 2° (*Non modifié*)

« 3° (*Non modifié*)

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa supprimé*)

(*Alinéa sans modification*)

« La décision de l'organisme débiteur n'est susceptible d'aucun recours.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

« Art. L. 582-2. – Sur demande conjointe des parents qui mettent fin à leur vie en concubinage ou qui ont procédé à une dissolution du pacte civil de solidarité qui les liait, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales donne force exécutoire à l'accord par lequel ils fixent le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation en faveur de l'enfant mise à la charge du débiteur, si les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Les parents attestent qu'aucun d'eux n'est titulaire d'une créance fixée pour cet enfant par une décision de justice ou par un accord ou un acte respectivement mentionnés aux 1° et 2° du IV de l'article L. 523-1, ou n'a engagé de démarche en ce sens ;

« 2° Le montant de la contribution, fixé en numéraire, est supérieur ou égal à un seuil établi en tenant compte notamment des modalités de résidence retenues pour l'enfant mentionné au premier alinéa, des ressources du débiteur et du nombre d'enfants de ce dernier lorsqu'ils sont à sa charge selon des conditions fixées par décret ;

« 3° L'accord précise les informations strictement nécessaires à la détermination du montant de la contribution mentionnées au 2° du présent article.

« La décision de l'organisme débiteur a les effets d'un jugement et constitue un titre exécutoire au sens du 6° de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution.

« La demande des parents mentionnée au premier alinéa du présent article peut être réalisée par voie dématérialisée.

« Lorsque l'information mentionnée au 1° du présent article n'a pas été portée à la connaissance de l'organisme débiteur, la décision de ce dernier est frappée de nullité.

« La décision de l'organisme débiteur n'est susceptible d'aucun recours. En cas de refus de l'organisme débiteur de conférer force exécutoire à

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

l'article L. 142-1 du présent code.

« Les parents sont tenus de signaler à l'organisme débiteur tout changement de situation susceptible d'entraîner la révision du montant de la contribution. Lorsque ce changement entraîne une modification du droit à l'allocation mentionnée au 4° de l'article L. 523-1, les parents transmettent un nouvel accord à l'organisme débiteur en vue du maintien de cette allocation.

« Toute décision judiciaire exécutoire supprimant ou modifiant la contribution à l'entretien et à l'éducation d'un enfant et postérieure au titre exécutoire établi en application du présent article prive ce titre de tout effet.

« L'organisme débiteur auquel incombe la délivrance du titre exécutoire est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou, à défaut, du parent créancier.

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

7° L'article L. 583-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article est applicable aux informations demandées au parent débiteur et au parent créancier nécessaires pour l'application de l'article L. 582-2 et du 4° du I de l'article L. 523-1. » ;

8° Le chapitre III du titre VIII est complété par un article L. 583-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 583-5. – Les organismes débiteurs des prestations familiales communiquent à l'administration fiscale le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée dans l'accord mentionné à l'article L. 582-2 auquel ils ont donné force

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« Les parents sont tenus de signaler à l'organisme débiteur tout changement de situation susceptible d'entraîner la révision du montant de la contribution. Lorsque ce changement entraîne une modification du droit à l'allocation mentionnée au 4° du I de l'article L. 523-1, les parents ~~transmettent~~ un nouvel accord à l'organisme débiteur en vue du maintien de cette allocation.

*(Alinéa sans modification)*

*(Alinéa sans modification)*

*(Alinéa sans modification)*

7° *(Non modifié)*

8° *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

l'accord, les parents peuvent, ensemble ou séparément, saisir le juge aux affaires familiales aux fins de fixation du montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant sur le fondement de l'article 373-2-7 du code civil.

« Les parents sont tenus de signaler à l'organisme débiteur tout changement de situation susceptible d'entraîner la révision du montant de la contribution. Lorsque ce changement entraîne une modification du droit à l'allocation mentionnée au 4° du I de l'article L. 523-1 du présent code, les parents qui ont conclu un nouvel accord le transmettent à l'organisme débiteur en vue du maintien de cette allocation.

« Toute décision judiciaire exécutoire supprimant ou modifiant la contribution à l'entretien et à l'éducation d'un enfant et postérieure au titre exécutoire établi en application du présent article prive ce titre de tout effet.

« L'organisme débiteur auquel incombe la délivrance du titre exécutoire est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou, à défaut, du parent créancier.

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

7° L'article L. 583-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article est applicable aux informations demandées au parent débiteur et au parent créancier nécessaires pour l'application de l'article L. 582-2 et du 4° du I de l'article L. 523-1. » ;

8° Le chapitre III du titre VIII est complété par un article L. 583-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 583-5. – Les organismes débiteurs des prestations familiales communiquent à l'administration fiscale le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée dans l'accord mentionné à l'article L. 582-2 auquel ils ont donné force

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

exécutoire. » ;

9° Le premier alinéa de l'article L. 755-3 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 553-4 », est insérée la référence : « L. 582-1 » ;

b) La référence : « et L. 583-3 » est remplacée par les références : « , L. 582-2, L. 583-3 et L. 583-5 » ;

II. – L'article 373-2-2 du code civil est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le parent débiteur de la pension alimentaire a fait l'objet d'une plainte déposée à la suite de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant ou d'une condamnation pour de telles menaces ou violences ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice, le juge peut prévoir que cette pension est versée au directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales. »

III. – À l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires, ~~après le mot : « exécutoire », sont insérés les mots : « ou par le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale ».~~

IV. – Le présent article ~~n'est pas applicable~~ à Saint-Pierre-et-Miquelon.

V. – Les ~~b et c du 1°~~, le ~~a du 2°~~, le ~~b du 3°~~, les ~~4°, 6°, 7° et 8°~~ et le ~~b du 9° du I~~ ~~ainsi que~~ le III du présent article entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2018.

**Article 28**

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

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

9° (*Non modifié*)

II. – (*Non modifié*)

III. – (*Non modifié*)

IV. – (*Non modifié*)

V. – (*Non modifié*)

**Article 28**

I. – (*Alinéa sans modification*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

exécutoire. » ;

9° Le premier alinéa de l'article L. 755-3 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 553-4 », est insérée la référence : « L. 582-1 » ;

b) La référence : « et L. 583-3 » est remplacée par les références : « , L. 582-2, L. 583-3 et L. 583-5 » ;

II. – (*Non modifié*)

III. – L'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale. »

IV. – Les c bis et g du 1°, le 3° et les 5° à 9° du I et les II et III du présent article ne sont pas applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.

V. – Les c bis et g du 1°, les 6° à 8° et le b du 9° du I et le III du présent article entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2018.

**Article 28**

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



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

1° L'article L. 133-5-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « versées » est remplacé par le mot : « dues » ;

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

« L'employeur est tenu de procéder, au plus tard à une date fixée par décret, à la déclaration des rémunérations dues au titre de chaque mois au cours duquel le salarié a effectué une activité pour son compte. » ;

2° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre III *bis* du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 133-5-12 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-5-12. – Par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail, sous réserve de la communication à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code de l'accord écrit et préalable du salarié, tout employeur ou toute personne ayant recours au dispositif mentionné aux 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6 peut procéder au versement des rémunérations dues au titre de l'emploi de ce salarié par voie dématérialisée, par l'intermédiaire de l'organisme mentionné au même article L. 133-5-10.

« Dans ce cas, la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié prévue au 1° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts est effectuée par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code dans les conditions prévues au 3 de l'article 1671 du code général des impôts.

« L'organisme procède au prélèvement des sommes effectivement dues par l'employeur après la transmission de la déclaration mentionnée au premier alinéa de l'article L. 133-5-8 du présent code et reverse au salarié la rémunération due dans des délais fixés par décret. Le salarié est informé par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de la

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

1° (*Non modifié*)

2° (*Alinéa sans modification*)

« Art. L. 133-5-12. – Par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail, sous réserve de l'accord préalable du salarié, tout employeur ou toute personne ayant recours au dispositif mentionné aux 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6 peut procéder au versement des rémunérations dues au titre de l'emploi de ce salarié par voie dématérialisée, par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.

(*Alinéa supprimé*)

(*Alinéa sans modification*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

1° L'article L. 133-5-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « versées » est remplacé par le mot : « dues » ;

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

« L'employeur est tenu de procéder, au plus tard à une date fixée par décret, à la déclaration des rémunérations dues au titre de chaque mois au cours duquel le salarié a effectué une activité pour son compte. » ;

2° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre III *bis* du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 133-5-12 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-5-12. – Par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail, sous réserve de la communication à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code de l'accord écrit et préalable du salarié, tout employeur ou toute personne ayant recours au dispositif mentionné aux 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6 peut procéder au versement des rémunérations dues au titre de l'emploi de ce salarié par voie dématérialisée, par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.

« Dans ce cas, la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié prévue au 1° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts est effectuée par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code dans les conditions prévues au 3 de l'article 1671 du code général des impôts.

« L'organisme procède au prélèvement des sommes effectivement dues par l'employeur après la transmission de la déclaration mentionnée au premier alinéa de l'article L. 133-5-8 du présent code et reverse au salarié la rémunération due dans des délais fixés par décret. Le salarié est informé par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de la

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

transmission par son employeur de la déclaration mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-8.

« L'employeur qui recourt au dispositif prévu au premier alinéa du présent article est réputé satisfaire à l'obligation de paiement du salaire lorsqu'il a mis à disposition de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 la somme correspondante à la rémunération due au salarié.

« Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa du présent article tient compte, le cas échéant :

« 1° Des articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ;

« 2° Des sommes que l'employeur décide d'acquitter sur la base du 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code et l'organisme ou l'établissement habilité mentionné à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant émis le titre spécial de paiement mentionné au B de l'article L. 1271-1 du même code prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération ;

« 3° Du montant des cotisations et contributions sociales prises en charge en application de l'article L. 133-8-3 du présent code ;

« 4° De toute aide dont dispose l'employeur pour l'emploi de son salarié, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 et la personne ayant accordé cette aide prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération. » ;

3° À la première phrase de l'article L. 133-8-3, la référence : « L. 133-8 » est remplacée par la référence : « L. 133-5-10 » ;

4° L'article L. 531-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I et à la première phrase du second alinéa du II,

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

*(Alinéa sans modification)*

*(Alinéa sans modification)*

« 1° *(Non modifié)*

« 2° *(Non modifié)*

« 3° *(Non modifié)*

« 4° *(Non modifié)*

3° *(Non modifié)*

4° *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

transmission par son employeur de la déclaration mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-8.

« L'employeur qui recourt au dispositif prévu au premier alinéa du présent article est réputé satisfaire à l'obligation de paiement du salaire lorsqu'il a mis à disposition de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 la somme correspondante à la rémunération due au salarié.

« Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa du présent article tient compte, le cas échéant :

« 1° Des articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ;

« 2° Des sommes que l'employeur décide d'acquitter sur la base du 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code et l'organisme ou l'établissement habilité mentionné à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant émis le titre spécial de paiement mentionné au B de l'article L. 1271-1 du même code prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération ;

« 3° Du montant des cotisations et contributions sociales prises en charge en application de l'article L. 133-8-3 du présent code ;

« 4° De toute aide dont dispose l'employeur pour l'emploi de son salarié, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 et la personne ayant accordé cette aide prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération. » ;

3° À la première phrase de l'article L. 133-8-3, la référence : « L. 133-8 » est remplacée par la référence : « L. 133-5-10 » ;

4° L'article L. 531-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I et à la première phrase du second alinéa du II,

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

la référence : « L. 772-1 » est remplacée par la référence : « L. 7221-1 » ;

b) Les deuxième à quatrième alinéas du même I sont ainsi rédigés :

« Ce complément comprend deux parts :

« a) Une part calculée, selon les modalités prévues au II, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;

« b) Une part calculée, selon les modalités prévues au III, en fonction de la rémunération nette de la personne qui assure la garde de l'enfant. » ;

c) À l'avant-dernier alinéa dudit I, les références : « L. 351-9 et L. 351-10 » sont remplacées par les références : « L. 5423-1, L. 5423-2 et L. 5423-8 » ;

d) Au premier alinéa du II, après le mot : « montant », sont insérés les mots : « mentionné au a du I correspond à la totalité » et, après les mots : « contributions sociales », les mots : « est pris en charge en totalité » sont supprimés ;

e) Le second alinéa du même II est ainsi modifié :

- à la première phrase, les mots : « une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge » sont remplacés par les mots : « le montant mentionné au a du I correspond à une fraction, fixée par décret, des cotisations et contributions sociales » ;

- la même première phrase est complétée par les mots : « après prise en compte de la déduction prévue au I bis de l'article L. 241-10 du présent code » ;

- la deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Le plafond mentionné au présent alinéa est fixé par décret. » ;

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

la référence : « L. 772-1 » est remplacée par la référence : « L. 7221-1 » ;

b) Les deuxième à quatrième alinéas du même I sont ainsi rédigés :

« Ce complément comprend deux parts :

« a) Une part calculée, selon les modalités prévues au II du présent article, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;

« b) Une part calculée, selon les modalités prévues au III, en fonction de la rémunération nette de la personne qui assure la garde de l'enfant. » ;

c) À l'avant-dernier alinéa dudit I, les références : « L. 351-9 et L. 351-10 » sont remplacées par les références : « L. 5423-1, L. 5423-2 et L. 5423-8 » ;

d) Au premier alinéa du II, après le mot : « montant », sont insérés les mots : « mentionné au a du I correspond à la totalité » et, après les mots : « contributions sociales », les mots : « est pris en charge en totalité » sont supprimés ;

e) Le second alinéa du même II est ainsi modifié :

- à la première phrase, les mots : « une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge » sont remplacés par les mots : « le montant mentionné au a du I correspond à une fraction, fixée par décret, des cotisations et contributions sociales » ;

- la même première phrase est complétée par les mots : « après prise en compte de la déduction prévue au I bis de l'article L. 241-10 du présent code » ;

- la deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Le plafond mentionné au présent alinéa est fixé par décret. » ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

- au début de la dernière phrase, les mots : « Le plafond » sont remplacés par le mot : « II » ;

f) À la première phrase du III, les mots : « versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants » sont remplacés par les mots : « mentionnée au *b* du I » ;

5° L'article L. 531-8 est ainsi rédigé :

« Art. L. 531-8. – Les employeurs qui bénéficient du complément mentionné à l'article L. 531-5 sont tenus d'adhérer au dispositif simplifié prévu pour les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 133-5-6.

« Les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant, nettes de la déduction prévue au I *bis* de l'article L. 241-10 lorsqu'elle est applicable, du montant mentionné au *a* du I de l'article L. 531-5 et, le cas échéant, du montant mentionné au *b* du même I, dans la limite des cotisations et contributions restantes, donnent lieu à un prélèvement automatique par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.

« Les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole versent à l'employeur le montant du complément mentionné au *b* du I de l'article L. 531-5 restant dû après imputation, en application du deuxième alinéa du présent article, sur les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui garde l'enfant.

« Pour la mise en œuvre des missions mentionnées aux deuxième et troisième alinéas, les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole informent l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de l'éligibilité des employeurs au complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 et lui transmettent les informations nécessaires à l'établissement du montant mentionné au *b* du I du même article L. 531-5.

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

5° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

- au début de la dernière phrase, les mots : « Le plafond » sont remplacés par le mot : « II » ;

f) À la première phrase du III, les mots : « versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants » sont remplacés par les mots : « mentionnée au *b* du I » ;

5° L'article L. 531-8 est ainsi rédigé :

« Art. L. 531-8. – Les employeurs qui bénéficient du complément mentionné à l'article L. 531-5 sont tenus d'adhérer au dispositif simplifié prévu pour les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 133-5-6.

« Les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant, nettes de la déduction prévue au I *bis* de l'article L. 241-10 lorsqu'elle est applicable, du montant mentionné au *a* du I de l'article L. 531-5 et, le cas échéant, du montant mentionné au *b* du même I, dans la limite des cotisations et contributions restantes, donnent lieu à un prélèvement automatique par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.

« Les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole versent à l'employeur le montant du complément mentionné au *b* du I de l'article L. 531-5 restant dû après imputation, en application du deuxième alinéa du présent article, sur les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui garde l'enfant.

« Pour la mise en œuvre des missions mentionnées aux deuxième et troisième alinéas, les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole informent l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de l'éligibilité des employeurs au complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 et lui transmettent les informations nécessaires à l'établissement du montant mentionné au *b* du I du même article L. 531-5.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

L'organisme transmet aux caisses d'allocations familiales et aux caisses de mutualité sociale agricole les informations déclarées par les employeurs ainsi que les montants mentionnés au deuxième alinéa du présent article et à l'article L. 531-8-1. » ;

6° Après le même article L. 531-8, il est inséré un article L. 531-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 531-8-1. – Dans le cas mentionné à l'article L. 133-5-12, sans préjudice du montant des rémunérations effectivement versées au salarié par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, le prélèvement mentionné au troisième alinéa de l'article L. 133-5-12 est minoré à hauteur du montant du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'~~avant-dernier~~ alinéa de l'article L. 531-8. »

II. – Au 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail, après le mot : « rémunération », sont insérés les mots : « et des cotisations et contributions sociales afférentes ».

III. – Le présent article s'applique aux rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, à l'exception du 1° du I, qui s'applique aux rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

6° (*Non modifié*)

II. – (*Non modifié*)

III. – (*Non modifié*)

**Article 28 bis**

~~Le I de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :~~

~~1° Au premier alinéa du 1°, après le mot : « plein », sont insérés les mots : « au membre du couple ou » ;~~

~~2° Au début de la première phrase du deuxième alinéa du 3°, les mots : « Lorsque les deux membres du couple ont tous deux droit à la prestation, assument conjointement la charge de l'enfant au titre duquel la prestation partagée d'éducation de l'enfant est versée et que chacun d'entre eux fait valoir, simultanément ou~~

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

L'organisme transmet aux caisses d'allocations familiales et aux caisses de mutualité sociale agricole les informations déclarées par les employeurs ainsi que les montants mentionnés au deuxième alinéa du présent article et à l'article L. 531-8-1. » ;

6° Après le même article L. 531-8, il est inséré un article L. 531-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 531-8-1. – Dans le cas mentionné à l'article L. 133-5-12, sans préjudice du montant des rémunérations effectivement versées au salarié par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, le prélèvement mentionné au troisième alinéa de l'article L. 133-5-12 est minoré à hauteur du montant du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 531-8. »

II. – (*Non modifié*)

III. – (*Non modifié*)

**Article 28 bis  
(Supprimé)**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Article 29**

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

**TITRE II**

**DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE**

**Article 34 *ter***

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

**Article 35**

Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 230,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 125 milliards d'euros.

**TITRE III**

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

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

~~successivement, son droit à la prestation, » sont supprimés.~~

**Article 29  
(Supprimé)**

**TITRE II**

**DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE VIEILLESSE**

**Article 34 *ter***

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

**Article 35  
(Supprimé)**

**TITRE III**

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

**Article 36 *bis***

~~Le V *bis* de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est complété par une phrase ainsi~~

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Article 29**

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

**TITRE II**

**DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE**

**Article 34 *ter***

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

**Article 35**

Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 230,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 125 milliards d'euros.

**TITRE III**

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

**Article 36 *bis*  
(Supprimé)**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

rédigée :

~~« La décision de modifier ou d'annuler une inscription sur cette liste ne peut intervenir qu'après information du demandeur de l'inscription. »~~

**Article 37**

Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,1 milliards d'euros.

**TITRE IV  
DISPOSITIONS RELATIVES À LA  
BRANCHE MALADIE**

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

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

**Article 38**

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

1° Après l'article L. 169-2, il est

**Article 37  
(Supprimé)**

**TITRE IV  
DISPOSITIONS RELATIVES À LA  
BRANCHE MALADIE**

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

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

**Article 38**

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° *(Non modifié)*

**Article 37**

Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,1 milliards d'euros.

**TITRE IV  
DISPOSITIONS RELATIVES À LA  
BRANCHE MALADIE**

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

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

**Article 38**

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

1° A (nouveau) L'article L. 169-1 est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « ou qui ont bénéficié d'une provision versée par le fonds de garantie en application de l'article L. 422-2 du code des assurances ou d'une indemnisation accordée au titre des articles L. 126-1 et L. 422-1 du même code par une décision du juge civil ayant autorité de la chose jugée. L'État notifie à la caisse nationale d'assurance maladie, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11 du présent code, l'identité de ces personnes. » :

1° Après l'article L. 169-2, il est

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

inséré un article L. 169-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 169-2-1. – Les personnes mentionnées à l'article L. 169-1 bénéficient de la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et résultant de l'acte de terrorisme. » ;

2° Après le mot : « exposés », la fin de l'article L. 169-3 est supprimée ;

3° L'article L. 169-4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 169-4. – I. – Hors le cas des consultations de suivi psychiatrique mentionnées à l'article L. 169-5, les articles L. 169-2, L. 169-2-1 et L. 169-3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme.

« Ces dispositions cessent d'être applicables :

« 1° À l'issue d'un délai de deux mois à compter de la notification de la décision du fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances relative à l'indemnisation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code ;

« 2° Ou, à défaut, à l'issue d'un délai de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme pour les personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à cette date auprès du fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances.

« II. – Toutefois, les 1°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 169-2 et l'article L. 169-3 du présent code continuent de s'appliquer aux demandeurs d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre qui, à la date de présentation de l'offre mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du code des assurances, sont susceptibles d'obtenir la concession de cette pension. Ces

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

2° (*Non modifié*)

3° (*Alinéa sans modification*)

« Art. L. 169-4. – I. – Les articles L. 169-2, L. 169-2-1 et L. 169-3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme.

(*Alinéa sans modification*)

« 1° (*Non modifié*)

« 2° (*Non modifié*)

« II. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

inséré un article L. 169-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 169-2-1. – Les personnes mentionnées à l'article L. 169-1 bénéficient de la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et résultant de l'acte de terrorisme. » ;

2° Après le mot : « exposés », la fin de l'article L. 169-3 est supprimée ;

3° L'article L. 169-4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 169-4. – I. – Les articles L. 169-2, L. 169-2-1 et L. 169-3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme.

« Ces dispositions cessent d'être applicables :

« 1° À l'issue d'un délai de deux mois à compter de la notification de la décision du fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances relative à l'indemnisation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code ;

« 2° Ou, à défaut, à l'issue d'un délai de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme pour les personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à cette date auprès du fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances.

« II. – Toutefois, les 1°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 169-2 et l'article L. 169-3 du présent code continuent de s'appliquer aux demandeurs d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre qui, à la date de présentation de l'offre mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du code des assurances, sont susceptibles d'obtenir la concession de cette pension. Ces



### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

dispositions cessent d'être applicables à la date de notification de la décision relative à la concession de la pension mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

« III. – Pour la mise en œuvre des dispositions du présent article :

« 1° Le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances notifié à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11 du présent code :

« a) La date de la notification de sa décision relative à l'indemnisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du code des assurances ;

« b) L'identité des personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours auprès du fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances à l'issue d'une période de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme ;

« 2° Le ministre de la défense notifie à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11, la date de notification de la décision relative à la concession d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. » ;

4° À l'article L. 169-5, les mots : « le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert » sont remplacés par les mots : « les droits prévus aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 et à l'article L. 169-2-1 peuvent être ouverts » ;

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

« III. – (Alinéa *sans modification*)

« 1° (Non modifié)

« 2° (Non modifié)

4° Au début de l'article L. 169-5, les mots : « Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert » sont remplacés par les mots : « Par dérogation au I de l'article L. 169-4, pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme et les médicaments prescrits à cette occasion, les droits prévus aux 4° à 6° de l'article L. 169-2 et à l'article ~~L. 169-1~~ peuvent être ouverts » ;

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

dispositions cessent d'être applicables à la date de notification de la décision relative à la concession de la pension mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

« III. – Pour la mise en œuvre des dispositions du présent article :

« 1° Le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances notifié à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11 du présent code :

« a) La date de la notification de sa décision relative à l'indemnisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du code des assurances ;

« b) L'identité des personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours auprès du fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances à l'issue d'une période de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme ;

« 2° Le ministre de la défense notifie à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11, la date de notification de la décision relative à la concession d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. » ;

4° Au début de l'article L. 169-5, les mots : « Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert » sont remplacés par les mots : « Par dérogation au I de l'article L. 169-4, pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme et les médicaments prescrits à cette occasion, les droits prévus aux 4° à 6° de l'article L. 169-2 et à l'article L. 169-2-1 peuvent être ouverts » ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

5° Après la référence : « L. 169-2 et », la fin de l'article L. 169-8 est ainsi rédigée : « ; aux articles L. 169-2-1 et L. 169-3. » ;

6° L'article L. 169-10 est ainsi modifié :

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

b) Le second alinéa est remplacé par sept alinéas ainsi rédigés :

« II. – Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 du présent code à qui le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances a présenté l'offre d'indemnisation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code :

« 1° Le financement des dépenses résultant de l'article L. 169-2-1 du présent code est assuré par le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV du présent article ;

« 2° Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, le financement de la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais réellement exposés est assuré :

« a) Jusqu'à la date de présentation de l'offre mentionnée au premier alinéa du présent II, par le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV du présent article ;

« b) À compter de la mise en œuvre du II de l'article L. 169-4, par l'État.

« III. – Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 du présent code à qui le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances notifie une décision de refus d'indemnisation ou pour laquelle aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à l'issue d'une période de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme, le financement des

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

5° (*Non modifié*)

6° (*Alinéa sans modification*)

a) (*Non modifié*)

b) Le second alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

« II. – (*Alinéa sans modification*)

« 1° (*Non modifié*)

« 2° (*Non modifié*)

« III. – (*Alinéa sans modification*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

5° Après la référence : « L. 169-2 et », la fin de l'article L. 169-8 est ainsi rédigée : « aux articles L. 169-2-1 et L. 169-3. » ;

6° L'article L. 169-10 est ainsi modifié :

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

b) Le second alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

« II. – Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 à qui le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances a présenté l'offre d'indemnisation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code :

« 1° Le financement des dépenses résultant de l'article L. 169-2-1 du présent code est assuré par le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV du présent article ;

« 2° Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, le financement de la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais réellement exposés est assuré :

« a) Jusqu'à la date de présentation de l'offre mentionnée au premier alinéa du présent II, par le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV du présent article ;

« b) À compter de la mise en œuvre du II de l'article L. 169-4, par l'État.

« III. – Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 du présent code à qui le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances notifie une décision de refus d'indemnisation ou pour laquelle aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à l'issue d'une période de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme, le financement des

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

dépenses mentionnées aux 1° et 2° du II du présent article est à la charge de l'État, déduction faite des sommes mentionnées au IV.

« IV. – Un décret fixe les conditions dans lesquelles les régimes d'assurance maladie se substituent aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 pour l'obtention des sommes qui auraient été versées par d'autres dispositifs de prise en charge des mêmes préjudices en l'absence des dispositions ~~de l'article~~ L. 169-2-1 et L. 169-3, notamment par les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 182-3. » ;

7° À l'article L. 169-11, après la référence : « L. 169-8 », sont insérés les mots : « et de l'article L. 169-10 ».

II. – L'article L. 422-2 du code des assurances est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds rembourse aux régimes d'assurance maladie les dépenses mentionnées au 1° et au a du 2° du II de l'article L. 169-10 du code de la sécurité sociale. »

III. – Après l'article L. 3131-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3131-9-1 ainsi rédigé :

~~« Art. L. 3131-9-1. – En cas de mise en œuvre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle "ORSAN" mentionné à l'article L. 3131-11, les agences régionales de santé recueillent les données de santé à caractère personnel relatives aux victimes auprès des établissements de santé qui les ont prises en charge ou accueillies, y compris dans le cadre des cellules d'urgence médico-psychologiques, afin de les transmettre aux agents désignés~~

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

« L'État prend également en charge, déduction faite des sommes mentionnées au IV, le financement des dépenses mentionnées au 1° du II pour la mise en œuvre de l'article L. 169-5 postérieurement à la présentation de l'offre mentionnée au premier alinéa du même II et de l'article L. 169-7.

« IV. – *(Non modifié)*

7° *(Non modifié)*

II. – *(Non modifié)*

III. – *(Non modifié)*

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

dépenses mentionnées aux 1° et 2° du II du présent article est à la charge de l'État, déduction faite des sommes mentionnées au IV.

« L'État prend également en charge, déduction faite des sommes mentionnées au IV, le financement des dépenses mentionnées au 1° du II pour la mise en œuvre de l'article L. 169-5 postérieurement à la présentation de l'offre mentionnée au premier alinéa du même II et de l'article L. 169-7.

« IV. – Un décret fixe les conditions dans lesquelles les régimes d'assurance maladie se substituent aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 pour l'obtention des sommes qui auraient été versées par d'autres dispositifs de prise en charge des mêmes préjudices en l'absence des dispositions des articles L. 169-2-1 et L. 169-3, notamment par les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 182-3. » ;

7° À l'article L. 169-11, après la référence : « L. 169-8 », sont insérés les mots : « et de l'article L. 169-10 ».

II. – *(Non modifié)*

III. – Après l'article L. 3131-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3131-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3131-9-1. – Lorsque le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle "ORSAN" mentionné à l'article L. 3131-11 est mis en œuvre, les informations strictement nécessaires à l'identification des victimes et à leur suivi, notamment pour la prise en charge de leurs frais de santé, sont recueillies dans un système d'identification unique des victimes.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

~~au sein des ministères compétents pour assurer la gestion de la crise et le suivi des victimes, notamment pour la prise en charge de leurs frais de santé. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise la nature des données que les agences régionales de santé peuvent transmettre et fixe les modalités de cette transmission dans le respect des règles de confidentialité. »~~

IV. – Le chapitre I<sup>er</sup> bis du titre II de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :

1° Le début de l'article 21-6 est ainsi rédigé : « Les articles L. 169-2-1 et L. 169-3 du code de la sécurité sociale sont applicables... (le reste sans changement). » ;

2° (*Supprimé*)

3° Après la référence : « article

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

IV. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

« Les établissements de santé qui les ont prises en charge ou accueillies, y compris dans le cadre des services d'aide médicale urgente ou de premier secours et des cellules d'urgence médico-psychologiques, et les services de premier secours enregistrent les données à caractère personnel relatives aux victimes dans le système d'information mentionné au premier alinéa et les transmettent, dans le but d'assurer la gestion de la crise et le suivi des victimes, aux agents désignés au sein des agences régionales de santé et des ministères compétents.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise la nature des données recueillies et fixe les modalités de cette transmission dans le respect des règles garantissant la protection de la vie privée. »

.....

IV. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

21-4 », la fin de l'article 21-9 est ainsi rédigée : « de la présente ordonnance et aux articles L. 169-2-1 et L. 169-3 du code de la sécurité sociale. » ;

3° *bis* Après l'article 21-9, il est inséré un article 21-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. 21-9-1.* – L'article L. 169-11 du code de la sécurité sociale est applicable aux personnes mentionnées à l'article 21-3 de la présente ordonnance, sous réserve de l'adaptation suivante : la référence aux articles L. 169-2 à L. 169-8 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence aux articles 21-4 à 21-9 de la présente ordonnance. » ;

4° L'article 21-10 est ainsi rédigé :

« *Art. 21-10.* – Le financement des dépenses mentionnées au présent chapitre est assuré dans les conditions prévues à l'article L. 169-10 du code de la sécurité sociale, sous réserve de l'adaptation suivante : au premier alinéa du I, la référence à l'article L. 169-2 est remplacée par la référence aux articles 21-4 et 21-5 de la présente ordonnance. »

V. – Au septième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, la référence : « L. 169-10 » est remplacée par la référence : « L. 169-11 ».

VI. – A. – Les articles L. 169-2-1 et L. 169-3 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant de la présente loi, sont applicables aux actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et à la délivrance de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 intervenus postérieurement au 14 juillet 2016.

B. – L'application de l'article L. 169-8 du code de la sécurité sociale aux dépassements d'honoraires mentionnés à l'article L. 169-2-1 et aux

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

V. – *(Non modifié)*

VI. – À l'exception de l'article L. 169-8 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du 5° du I du présent article, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2017, les dispositions du présent article sont applicables aux actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et à la délivrance de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 intervenus postérieurement au 14 juillet 2016.

*(Alinéa supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

V. – *(Non modifié)*

VI. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

dépassements de tarifs pour les produits, prestations et prothèses dentaires mentionnés à l'article L. 169-3 entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

C. – Les II et III de l'article L. 169-10 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , d'une part, et du patrimoine et des revenus tirés de celui-ci, d'autre part ».

.....

**Article 39 ter**

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

1° Le premier alinéa de l'article L. 111-2 est complété par les mots : « , qui est applicable en France métropolitaine et, sous les réserves qu'il prévoit, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 115-6 est ainsi modifié :

a) Après la première occurrence du mot : « elles », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « remplissent la condition de régularité du séjour prévue à l'article L. 111-2-3. » ;

b) La seconde phrase est supprimée ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 134-4, les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale » et les mots : « l'ensemble » sont remplacés par les mots : « les soldes » ;

4° L'article L. 160-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

*(Alinéa supprimé)*

*(Alinéa supprimé)*

.....

**Article 39 ter**

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° *(Non modifié)*

2° *(Non modifié)*

3° *(Non modifié)*

4° *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

.....

**Article 39 ter**

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

1° Le premier alinéa de l'article L. 111-2 est complété par les mots : « , qui est applicable en France métropolitaine et, sous les réserves qu'il prévoit, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 115-6 est ainsi modifié :

a) Après la première occurrence du mot : « elles », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « remplissent la condition de régularité du séjour prévue à l'article L. 111-2-3. » ;

b) La seconde phrase est supprimée ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 134-4, les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale » et les mots : « l'ensemble » sont remplacés par les mots : « les soldes » ;

4° L'article L. 160-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« Un décret en Conseil d'État prévoit les conditions dans lesquelles les personnes qui, ~~résident~~ en France, cessent de remplir les autres conditions mentionnées à l'article L. 111-2-3 et bénéficient, dans la limite d'un an, d'une prolongation du droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-8 et, le cas échéant, à la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1. » ;

5° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 160-5 est supprimée ;

6° L'article L. 160-10 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, la première occurrence du mot : « soit » est supprimée et, après la première occurrence du mot : « assuré », la fin est supprimée ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

7° L'article L. 161-15-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, les adhérents à l'une des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévues aux chapitres II, III et V du titre VI du livre VII du présent code sont dispensés de cette restitution afin de faciliter le service et la prise en charge par la Caisse des Français de l'étranger des soins mentionnés à l'article L. 766-2. » ;

8° À la fin de l'article L. 161-16-1, les mots : « par la production d'un titre ou document figurant sur une liste fixée par décret » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 111-2-3 » ;

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

4° *bis* (nouveau) Au premier alinéa de l'article L. 160-2, les mots : « dont l'assuré est tuteur » sont supprimés ;

5° (Non modifié)

6° (Non modifié)

6° *bis* (nouveau) Le deuxième alinéa de l'article L. 160-11 est supprimé ;

7° (Non modifié)

8° (Non modifié)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

« Un décret en Conseil d'État prévoit les conditions dans lesquelles les personnes qui résident en France et cessent de remplir les autres conditions mentionnées à l'article L. 111-2-3 bénéficient, dans la limite d'un an, d'une prolongation du droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-8 et, le cas échéant, à la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1. » ;

4° *bis* Au premier alinéa de l'article L. 160-2, les mots : « dont l'assuré est tuteur » sont supprimés ;

5° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 160-5 est supprimée ;

6° L'article L. 160-10 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, la première occurrence du mot : « soit » est supprimée et, après la première occurrence du mot : « assuré », la fin est supprimée ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

6° *bis* Le deuxième alinéa de l'article L. 160-11 est supprimé ;

7° L'article L. 161-15-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, les adhérents à l'une des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévues aux chapitres II, III et V du titre VI du livre VII du présent code sont dispensés de cette restitution afin de faciliter le service et la prise en charge par la Caisse des Français de l'étranger des soins mentionnés à l'article L. 766-2. » ;

8° À la fin de l'article L. 161-16-1, les mots : « par la production d'un titre ou document figurant sur une liste fixée par décret » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 111-2-3 » ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

9° La section 4 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 161-36-5 ainsi ~~révisé~~ révisé :

« Art. L. 161-36-5. – Les dispositions de la présente section, en tant qu'elles sont nécessaires à la mise en œuvre du ~~troisième~~ troisième alinéa de l'article L. 161-15-4, sont applicables à la Caisse des Français de l'étranger selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;

10° L'article L. 325-1 est ainsi modifié :

a) Le II est ainsi modifié :

- au 4°, la référence : « L. 161-1, » est supprimée ;

- au même 4°, après la référence : « L. 161-9 », sont insérés les mots : « du présent code et aux 1° à 7° de l'article L. 5141-1 du code du travail » ;

- au 5°, la référence : « règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté » est remplacée par la référence : « règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

9° (*Non modifié*)

9° *bis* (*nouveau*) Au 1° de l'article L. 162-4-1, la référence : « au 5° de l'article L. 321-1 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 321-1 » ;

9° *ter* (*nouveau*) Au premier alinéa de l'article L. 172-1 A, les deux occurrences des mots : « d'immatriculation, » sont supprimées ;

9° *quater* (*nouveau*) L'article L. 312-2 est abrogé ;

9° *quinquies* (*nouveau*) À la fin du dernier alinéa de l'article L. 313-1, le mot : « immatriculation » est remplacé par le mot : « affiliation » ;

10° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

9° La section 4 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 161-36-5 ainsi rétabli :

« Art. L. 161-36-5. – Les dispositions de la présente section, en tant qu'elles sont nécessaires à la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article L. 161-15-4, sont applicables à la Caisse des Français de l'étranger selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;

9° *bis* Au 1° de l'article L. 162-4-1, la référence : « au 5° de l'article L. 321-1 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 321-1 » ;

9° *ter* Au premier alinéa de l'article L. 172-1 A, les deux occurrences des mots : « d'immatriculation, » sont supprimées ;

9° *quater* L'article L. 312-2 est abrogé ;

9° *quinquies* À la fin du dernier alinéa de l'article L. 313-1, le mot : « immatriculation » est remplacé par le mot : « affiliation » ;

10° L'article L. 325-1 est ainsi modifié :

a) Le II est ainsi modifié :

- au 4°, la référence : « L. 161-1, » est supprimée ;

- au même 4°, après la référence : « L. 161-9 », sont insérés les mots : « du présent code et aux 1° à 7° de l'article L. 5141-1 du code du travail » ;

- au 5°, la référence : « règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté » est remplacée par la référence : « règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

systèmes de sécurité sociale » ;

- au 8°, les mots : « dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle » sont remplacés par les mots : « en France ou dans un autre État de l'Union européenne » ;

- aux 9°, 10° et 11°, les mots : « quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « résidant en France ou dans un autre État de l'Union européenne » ;

- après le 11°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le régime local est applicable aux titulaires d'un avantage vieillesse relevant des 8°, 9°, 10° et 11° qui résident dans un autre État de l'Union européenne, à condition qu'ils en fassent la demande dans un délai de deux ans à compter de la liquidation de leur pension ou de la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017. » ;

b) Le III est complété par les mots : « ainsi qu'aux conditions de cotisation et de nombre minimal d'heures de travail salarié ou assimilé pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations prévues au I du présent article, dans des conditions prévues par décret » ;

10° *bis* (nouveau) Au II de l'article L. 325-2, les mots : « et l'immatriculation » sont supprimés ;

10° *ter* (nouveau) À l'article L. 341-2, le mot : « immatriculation » est remplacé par le mot : « affiliation » ;

11° (Non modifié)

11° L'article L. 376-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « ou du livre I<sup>er</sup> » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « livre », sont insérés les mots : « et le livre I<sup>er</sup> » ;

12° L'article L. 381-8 est ainsi modifié :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

systèmes de sécurité sociale » ;

- au 8°, les mots : « dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle » sont remplacés par les mots : « en France ou dans un autre État de l'Union européenne » ;

- aux 9°, 10° et 11°, les mots : « quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « résidant en France ou dans un autre État de l'Union européenne » ;

- après le 11°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le régime local est applicable aux titulaires d'un avantage vieillesse relevant des 8°, 9°, 10° et 11° qui résident dans un autre État de l'Union européenne, à condition qu'ils en fassent la demande dans un délai de deux ans à compter de la liquidation de leur pension ou de la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017. » ;

b) Le III est complété par les mots : « ainsi qu'aux conditions de cotisation et de nombre minimal d'heures de travail salarié ou assimilé pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations prévues au I du présent article, dans des conditions prévues par décret » ;

10° *bis* Au II de l'article L. 325-2, les mots : « et l'immatriculation » sont supprimés ;

10° *ter* À l'article L. 341-2, le mot : « immatriculation » est remplacé par le mot : « affiliation » ;

11° L'article L. 376-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « ou du livre I<sup>er</sup> » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « livre », sont insérés les mots : « et le livre I<sup>er</sup> » ;

12° L'article L. 381-8 est ainsi modifié :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

a) Au deuxième alinéa, après le mot : « redevables », sont insérés les mots : « , ainsi que, le cas échéant, leur conjoint ou le partenaire avec lequel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, » ;

b) Le 3° est complété par les mots : « ou être marié à un conjoint ou lié par un pacte civil de solidarité à un partenaire exerçant une activité professionnelle, cette condition étant appréciée par l'exercice d'un nombre d'heures d'activité minimal fixé par décret » ;

c) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Être reconnu réfugié ou bénéficiaire de la protection subsidiaire ou être enregistré par l'autorité compétente en qualité de demandeur d'asile et disposant du droit de se maintenir sur le territoire, dans les conditions prévues aux articles L. 742-1 et L. 743-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. » ;

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

13° (*nouveau*) À la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 381-30, les mots : « ou à leurs ayants droit » sont supprimés ;

14° (*nouveau*) L'article L. 382-8 est abrogé ;

15° (*nouveau*) À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 471-1, les mots : « aux conditions de régularité de séjour et de travail en France définies par le décret mentionné à l'article L. 115-6 » sont remplacés par les mots : « à la condition de régularité de séjour prévue à l'article L. 111-2-3 » ;

16° (*nouveau*) L'article L. 755-29 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « affiliés » est remplacé par le mot : « rattachés » ;

b) Au second alinéa, les mots : « d'affiliation » sont remplacés par les mots : « de rattachement ».

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

a) Au deuxième alinéa, après le mot : « redevables », sont insérés les mots : « , ainsi que, le cas échéant, leur conjoint ou le partenaire avec lequel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, » ;

b) Le 3° est complété par les mots : « ou être marié à un conjoint ou lié par un pacte civil de solidarité à un partenaire exerçant une activité professionnelle, cette condition étant appréciée par l'exercice d'un nombre d'heures d'activité minimal fixé par décret » ;

c) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Être reconnu réfugié ou bénéficiaire de la protection subsidiaire ou être enregistré par l'autorité compétente en qualité de demandeur d'asile et disposant du droit de se maintenir sur le territoire, dans les conditions prévues aux articles L. 742-1 et L. 743-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. » ;

13° À la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 381-30, les mots : « ou à leurs ayants droit » sont supprimés ;

14° L'article L. 382-8 est abrogé ;

15° À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 471-1, les mots : « aux conditions de régularité de séjour et de travail en France définies par le décret mentionné à l'article L. 115-6 » sont remplacés par les mots : « à la condition de régularité de séjour prévue à l'article L. 111-2-3 » ;

16° L'article L. 755-29 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « affiliés » est remplacé par le mot : « rattachés » ;

b) Au second alinéa, les mots : « d'affiliation » sont remplacés par les mots : « de rattachement ».

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

II. – Le 4° de l'article L. 381-8, dans sa rédaction résultant du c du 12° du I du présent article, entre en vigueur à compter de la rentrée universitaire 2016-2017.

**Article 39 quinquies**

L'État peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, le financement par le fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique de l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière aux personnes adultes. Un décret fixe les conditions d'application de cette expérimentation.

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

II. – *(Non modifié)*

III *(nouveau)*. – À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « et l'immatriculation » sont supprimés.

**Article 39 quinquies**

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière aux personnes adultes bénéficiant d'un bon de prise en charge par l'assurance maladie.

L'administration par les pharmaciens du vaccin dans les conditions mentionnées au premier alinéa est financée par le fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il peut être dérogé à ~~l'article~~ L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment les conditions de désignation des officines des régions retenues pour participer à l'expérimentation, les conditions de formation préalable des pharmaciens, les modalités de traçabilité du vaccin ~~et~~ les modalités de financement de l'expérimentation.

Un rapport d'évaluation est

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

II. – *(Non modifié)*

III. – *(Non modifié)*

**Article 39 quinquies**

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière aux personnes adultes bénéficiant d'un bon de prise en charge par l'assurance maladie.

L'administration par les pharmaciens du vaccin dans les conditions mentionnées au premier alinéa est financée par le fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il peut être dérogé aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-16-1 et L. 162-38 du code de la sécurité sociale en tant qu'elles concernent les honoraires et rémunérations dus aux pharmaciens par les assurés sociaux et par l'assurance maladie.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment les conditions de désignation des officines des régions retenues pour participer à l'expérimentation, les conditions de formation préalable des pharmaciens, les modalités de traçabilité du vaccin, les modalités de financement de l'expérimentation et les modalités de rémunération des pharmaciens.

Un rapport d'évaluation est

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Article 39 *sexies***

Le directeur général de l'Agence régionale de santé peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, la détention par le médecin généraliste, en vue de son administration, du vaccin contre la grippe saisonnière pour les personnes ~~eiblées par les recommandations identifiées dans le calendrier vaccinal mentionné à l'article L. 3111-1 du code de la santé publique.~~

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il peut être dérogé aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'elles concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins et centres de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de cette expérimentation, notamment les conditions de désignation des professionnels des régions retenues pour participer à cette expérimentation, les modalités applicables à la détention du vaccin et à la traçabilité ainsi que les modalités d'évaluation et de financement.

**Article 40**

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer la prise en charge et le suivi de jeunes de six à vingt et un ans chez lesquels un médecin, notamment médecin généraliste, médecin scolaire ou pédiatre, a évalué une souffrance

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 39 *sexies***

*(Alinéa sans modification)*

*(Alinéa sans modification)*

*(Alinéa sans modification)*

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

**Article 40**

I. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Article 39 *sexies***

réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, la détention par le médecin généraliste, en vue de son administration, du vaccin contre la grippe saisonnière pour les personnes adultes.

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il peut être dérogé aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'elles concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins et centres de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de cette expérimentation, notamment les conditions de désignation des professionnels des régions retenues pour participer à cette expérimentation, les modalités applicables à la détention du vaccin et à la traçabilité ainsi que les modalités d'évaluation et de financement.

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

**Article 40**

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer la prise en charge et le suivi de jeunes de six à vingt et un ans chez lesquels un médecin, notamment médecin généraliste, médecin scolaire, pédiatre ou psychologue scolaire, a

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

psychique.

Dans le cadre de ces expérimentations, les médecins, peuvent, après évaluation, orienter vers des consultations de psychologues libéraux, en fonction des besoins et de la situation du jeune et de sa famille.

Ces consultations sont réalisées par les psychologues libéraux figurant sur la liste mentionnée à l'avant-dernier alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et donnent lieu à un financement forfaitaire sur les crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour les expérimentations.

II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de ces expérimentations, notamment quant au suivi des patients et au financement des consultations.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme des expérimentations par le Gouvernement et transmis au Parlement.

.....

**Article 42 ter**

~~I. – Les I, II, VI et VII de l'article 83 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé sont abrogés.~~

~~II. – Les articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 code de la sécurité sociale sont abrogés.~~

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

évalué une souffrance psychique.

Dans le cadre de ces expérimentations, les médecins ou psychologues scolaires peuvent, après évaluation, orienter vers des consultations de psychologues libéraux, en fonction des besoins et de la situation du jeune et de sa famille.

Ces consultations sont réalisées par les psychologues libéraux figurant sur la liste mentionnée à l'avant-dernier alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et donnent lieu à un financement forfaitaire sur les crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour les expérimentations.

II. – *(Non modifié)*

III. – *(Non modifié)*

.....

**Article 42 ter  
(Supprimé)**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

CHAPITRE II

**Promouvoir les parcours de santé**

**Article 43**

I. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 25° ainsi rédigé :

« 25° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité ; ».

II. – La section 2 du chapitre V du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Le I de l'article L. 1435-4-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La conclusion de ce contrat n'est pas cumulable avec la perception de l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. » ;

2° Le I de l'article L. 1435-4-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « pour cause », sont insérés les mots : « de maladie, » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La rémunération complémentaire perçue lors de l'interruption d'activité pour cause de maternité ou de paternité, au titre du présent contrat, n'est pas cumulable avec l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. »

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

CHAPITRE II

**Promouvoir les parcours de santé**

**Article 43**

I. – *(Alinéa sans modification)*

« 25° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. Le bénéfice de cette aide financière complémentaire ne peut être réservé à certains professionnels en fonction de leur secteur conventionnel d'exercice ou de leur pratique tarifaire. »

II. – *(Non modifié)*

**Article 43 bis A**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

CHAPITRE II

**Promouvoir les parcours de santé**

**Article 43**

I. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 25° ainsi rédigé :

« 25° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité ; Le bénéfice de cette aide financière complémentaire ne peut être réservé à certains professionnels en fonction de leur secteur conventionnel d'exercice ou de leur pratique tarifaire. »

II. – *(Non modifié)*

**Article 43 bis A**  
*(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

~~À l'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale, après le mot : «*encontre*», sont insérés les mots : «*ou en cas de fraude aux cotisations sociales*».~~

.....  
*(Alinéa supprimé)*

**Article 43 quater**

**Article 43 quater**  
*(Supprimé)*

**Article 43 quater**

I. – À défaut de signature avant le 1<sup>er</sup> février 2017 d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

I. – À défaut de signature avant le 1<sup>er</sup> février 2017 d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

Ce projet de convention reconduit la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur, en modifiant ses articles 4.2.1 et 4.3.3 et ses annexes I et V, pour déterminer les tarifs mentionnés au 1<sup>o</sup> du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et la limite applicable aux dépassements autorisés sur tout ou partie de ces tarifs. Les dispositions de la convention antérieure continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement arbitral qui la remplace.

Ce projet de convention reconduit la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur, en modifiant ses articles 4.2.1 et 4.3.3 et ses annexes I et V, pour déterminer les tarifs mentionnés au 1<sup>o</sup> du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et la limite applicable aux dépassements autorisés sur tout ou partie de ces tarifs. Les dispositions de la convention antérieure continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement arbitral qui la remplace.

L'arbitre est désigné avant le 1<sup>er</sup> février 2017 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des chirurgiens-dentistes. À défaut, l'arbitre est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans un délai de huit jours. Le nom de l'arbitre est notifié aux partenaires conventionnels ainsi qu'aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'arbitre est désigné avant le 1<sup>er</sup> février 2017 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des chirurgiens-dentistes. À défaut, l'arbitre est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans un délai de huit jours. Le nom de l'arbitre est notifié aux partenaires conventionnels ainsi qu'aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'arbitre dispose d'un délai d'un mois à compter de sa désignation pour transmettre un projet de règlement arbitral aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il auditionne les représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales

L'arbitre dispose d'un délai d'un mois à compter de sa désignation pour transmettre un projet de règlement arbitral aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il auditionne les représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

représentatives des professionnels de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Le I de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale s'applique aux conditions de transmission, d'approbation et de mise en œuvre du règlement arbitral.

La procédure d'approbation de l'avenant mentionné au premier alinéa du présent article est mise en œuvre sans appliquer le délai prévu à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-14-3 du même code.

II. – La deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° L'intitulé est complété par les mots : « , de l'adolescent et du jeune adulte » ;

2° L'intitulé du titre III du livre I<sup>er</sup> est complété par les mots : « , l'adolescent et le jeune adulte » ;

3° Le même titre III est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :

« Chapitre IV

« Examens et prévention

« Art. L. 2134-1. – Dans l'année qui suit leur neuvième, leur quinzième, leur dix-huitième, leur vingt et unième et leur vingt-quatrième anniversaires, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Ces examens, ainsi que les soins consécutifs, ne donnent pas lieu à contribution financière de la part des assurés.

« Les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale déterminent, pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes, la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. À défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de disposition sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

représentatives des professionnels de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Le I de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale s'applique aux conditions de transmission, d'approbation et de mise en œuvre du règlement arbitral.

La procédure d'approbation de l'avenant mentionné au premier alinéa du présent article est mise en œuvre sans appliquer le délai prévu à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-14-3 du même code.

II. – La deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° L'intitulé est complété par les mots : « , de l'adolescent et du jeune adulte » ;

2° L'intitulé du titre III du livre I<sup>er</sup> est complété par les mots : « , l'adolescent et le jeune adulte » ;

3° Le même titre III est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :

« Chapitre IV

« Examens et prévention

« Art. L. 2134-1. – Dans l'année qui suit leur neuvième, leur quinzième, leur dix-huitième, leur vingt et unième et leur vingt-quatrième anniversaires, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Ces examens, ainsi que les soins consécutifs, ne donnent pas lieu à contribution financière de la part des assurés.

« Les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale déterminent, pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes, la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. À défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de disposition sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

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

**Article 43 septies**

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

**Article 44**

I. – Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « huit ».

I bis. – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « neuvième » est remplacé par le mot : « dixième ».

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

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 43 septies  
(Supprimé)**

**Article 43 octies**

~~I. – Après l'article L. 165-1-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-1-4 ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 165-1-4. – Pour la première délivrance, les verres correcteurs et les lentilles de contact oculaire correctrices dont la prescription médicale date de moins d'un an peuvent être remboursés par l'assurance maladie et dans les conditions prévues à l'article L. 165-1. »~~

~~II. – Au premier alinéa de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique, après les mots : « verres correcteurs », sont insérés les mots : « et de lentilles de contact oculaire correctrices ».~~

**Article 44**

I. – (Non modifié)

I bis. – (Non modifié)

II. – (Alinéa sans modification)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

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

**Article 43 septies**

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

**Article 43 octies  
(Supprimé)**

**Article 44**

I. – (Non modifié)

I bis. – (Non modifié)

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

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

1° Après le sixième alinéa de l'article L. 133-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré de la somme correspondant aux tarifs des actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code qui auraient dû être facturés en raison de l'activité réalisée. » ;

2° Après l'article L. 162-22-6, il est inséré un article L. 162-22-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-6-1. – La prise en charge d'une affection nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale peut donner lieu à la facturation, par les établissements de santé mentionnés aux *a* à *e* de l'article L. 162-22-6, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° du même article L. 162-22-6.

« Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article, notamment les critères permettant la prise en charge de cette prestation par les régimes obligatoires de sécurité sociale. » ;

3° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, le mot : « hospitalisés » est supprimé ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 162-22-8-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « situés dans des zones à faible densité de population » sont supprimés ;

b) À la seconde phrase, après le mot : « situés », sont insérés les mots :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

1° (*Alinéa sans modification*)

« Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré ~~de la~~ ~~somme correspondant aux tarifs des~~ ~~actes inscrits sur la liste prévue à~~ ~~l'article L. 162-1-7 du présent code~~ ~~ainsi qu'au coût des médicaments~~ ~~mentionnés à l'article L. 162-17 du~~ ~~même code et des dispositifs médicaux~~ ~~mentionnés à l'article L. 165-1 dudit~~ ~~code qui auraient dû être facturés en~~ ~~raison de l'activité réalisée.~~ » ;

2° (*Non modifié*)

3° (*Non modifié*)

4° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

1° Après le sixième alinéa de l'article L. 133-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

2° Après l'article L. 162-22-6, il est inséré un article L. 162-22-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-6-1. – La prise en charge d'une affection nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale peut donner lieu à la facturation, par les établissements de santé mentionnés aux *a* à *e* de l'article L. 162-22-6, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° du même article L. 162-22-6.

« Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article, notamment les critères permettant la prise en charge de cette prestation par les régimes obligatoires de sécurité sociale. » ;

3° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, le mot : « hospitalisés » est supprimé ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 162-22-8-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « situés dans des zones à faible densité de population » sont supprimés ;

b) À la seconde phrase, après le mot : « situés », sont insérés les mots :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« , sauf lorsqu'il s'agit d'un territoire insulaire, » ;

5° Après l'article L. 162-22-8-2, il est inséré un article L. 162-22-8-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-8-3. – Par dérogation à l'article L. 162-22-6, les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* du même article L. 162-22-6 exerçant des activités de soins critiques définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent bénéficier d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° dudit article L. 162-22-6 et d'une dotation complémentaire, eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge. » ;

6° L'article L. 162-22-9-1 est ainsi modifié :

*a)* Le II devient le III ;

*b)* Après le I, il est rétabli un II ainsi rédigé :

« II. – Le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, peut être minoré par l'application du coefficient défini au I du présent article. » ;

*c)* Avant le dernier alinéa, il est inséré un ~~alinéa~~ ainsi rédigé :

« IV. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, et le montant de cette dotation complémentaire minoré dans les conditions définies au II du présent article. » ;

7° Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

5° (*Non modifié*)

6° (*Non modifié*)

7° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

« , sauf lorsqu'il s'agit d'un territoire insulaire, » ;

5° Après l'article L. 162-22-8-2, il est inséré un article L. 162-22-8-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-8-3. – Par dérogation à l'article L. 162-22-6, les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* du même article L. 162-22-6 exerçant des activités de soins critiques définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent bénéficier d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° dudit article L. 162-22-6 et d'une dotation complémentaire, eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge. » ;

6° L'article L. 162-22-9-1 est ainsi modifié :

*a)* Le II devient le III ;

*b)* Après le I, il est rétabli un II ainsi rédigé :

« II. – Le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, peut être minoré par l'application du coefficient défini au I du présent article. » ;

*c)* Avant le dernier alinéa, il est inséré un IV ainsi rédigé :

« IV. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, et le montant de cette dotation complémentaire minoré dans les conditions définies au II du présent article. » ;

7° Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

a) Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ; »

b) Au 3°, les mots : « et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, » sont remplacés par les mots : « , aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire mentionnés au 2° » ;

8° À l'article L. 162-22-12, après la référence : « l'article L. 162-22-8 », sont insérés les mots : « et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, minorée, le cas échéant, dans les conditions définies au II de l'article L. 162-22-9-1, » ;

9° Le début du premier alinéa de l'article L. 162-22-15 est ainsi rédigé : « Les forfaits annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14... (le reste sans changement). » ;

9° bis Le premier alinéa de l'article L. 162-25 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsqu'elle porte sur des prestations d'hospitalisation à domicile, l'action se prescrit par un an à compter de la date à laquelle ces établissements doivent transmettre, pour chaque séjour, les données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. » ;

10° L'article L. 162-27 est abrogé ;

11° Le premier alinéa de l'article L. 174-15 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 162-22-6, », est insérée la référence : « L. 162-22-6-1, » ;

b) Après la référence :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

8° (*Non modifié*)

9° (*Non modifié*)

9° bis (*Non modifié*)

10° (*Non modifié*)

11° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

a) Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ; »

b) Au 3°, les mots : « et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, » sont remplacés par les mots : « , aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire mentionnés au 2° » ;

8° À l'article L. 162-22-12, après la référence : « l'article L. 162-22-8 », sont insérés les mots : « et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, minorée, le cas échéant, dans les conditions définies au II de l'article L. 162-22-9-1, » ;

9° Le début du premier alinéa de l'article L. 162-22-15 est ainsi rédigé : « Les forfaits annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14... (le reste sans changement). » ;

9° bis Le premier alinéa de l'article L. 162-25 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsqu'elle porte sur des prestations d'hospitalisation à domicile, l'action se prescrit par un an à compter de la date à laquelle ces établissements doivent transmettre, pour chaque séjour, les données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. » ;

10° L'article L. 162-27 est abrogé ;

11° Le premier alinéa de l'article L. 174-15 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 162-22-6, », est insérée la référence : « L. 162-22-6-1, » ;

b) Après la référence :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-8-3, ».

III. – A. – 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 terrestres, aériens ou maritimes 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 appelé à réaliser les prélèvements. »

B. – Après le mot : « appliquent », la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales est ainsi rédigée : « ni aux établissements de santé qui assurent le transport des corps de personnes décédées, en vue de prélèvements à des fins thérapeutiques, ni aux établissements de santé 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 appelé à réaliser les prélèvements. »

IV. – Le premier alinéa de l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de l'article 81 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ainsi que le sixième alinéa de l'article L. 6113-12 et le deuxième alinéa de l'article L. 6113-13 du code de la santé publique sont complétés par une phrase ainsi rédigée :

« Cette pénalité est versée à l'assurance maladie. »

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

III. – *(Non modifié)*

IV. – *(Non modifié)*

**Article 44 bis A**

~~Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au~~

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

« L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-8-3, ».

III. – *(Non modifié)*

IV. – *(Non modifié)*

**Article 44 bis A**  
*(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

~~Parlement un rapport portant sur la révision de la liste des pathologies ouvrant droit aux congés de longue durée pour les agents de la fonction publique d'État, territoriale et hospitalière.~~

~~Ce rapport distingue les pathologies déclarées éliminées, les nouvelles pathologies qui pourraient les remplacer, et le nombre potentiel de fonctionnaires que ces mesures pourraient concerner.~~

**Article 44 bis**

I. – L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« *Art. L. 162-21-2.* – Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1. Un décret en précise les conditions d'application. »

II. – Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2018.

**Article 45**

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

1° L'article L. 162-22-8-2 est abrogé ;

2° L'article L. 162-23-4, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de

**Article 44 bis**

I. – (*Alinéa sans modification*)

« *Art. L. 162-21-2.* – Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport ~~à l'exception des transports mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 6311-2 du code de la santé publique, de ceux relatifs aux transferts de moins de quarante huit heures et de ceux relatifs à des séances de chimiothérapie, radiothérapie et de dialyse.~~ Leur financement est inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ~~du présent code~~ et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1. Un décret ~~en~~ précise les conditions d'application. »

II. – Le I entre en vigueur ~~au plus tard~~ au 1<sup>er</sup> mars 2020.

**Article 45**

I. – (*Non modifié*)

**Article 44 bis**

I. – L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« *Art. L. 162-21-2.* – Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1. Un décret précise les conditions d'application du présent article. »

II. – Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2018.

**Article 45**

I. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

financement de la sécurité sociale pour 2016, est ainsi modifié :

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

b) La première phrase du 2° est complétée par les mots : « , notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical » ;

c) Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'État. » ;

3° La sous-section 5 de la section 5 du chapitre II du titre VI, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, est complétée par un article L. 162-23-15 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-23-15. – Par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. » ;

4° Après le 7° de l'article L. 174-1-1, il est ajouté un 8° ainsi rédigé :

« 8° Les activités de soins dispensés par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique. »

II. – L'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase du premier alinéa du II est complétée par les mots : « ou de soins de suite et de réadaptation » ;

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

II. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

II. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

2° Au second alinéa du II, les mots : « n'excède pas un seuil défini » sont remplacés par les mots : « ou celui de leurs activités de soins de suite et de réadaptation n'excède pas un seuil défini, qui peut être différencié pour chacune de ces activités, » ;

3° Le III est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La liste distingue les établissements reconnus comme hôpitaux de proximité au titre de leurs activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation. »

III. – L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Au A du III, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 » ;

2° Le B du même III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 » ;

b) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;

3° Le même III est complété par des D à G ainsi rédigés :

« D. – À compter du 1<sup>er</sup> mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 dudit code, sont affectées d'un coefficient de majoration.

« Ce coefficient est réduit chaque année et doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2022.

« Les modalités de

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

III. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Non modifié*)

2° (*Non modifié*)

3° (*Alinéa sans modification*)

« D. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

III. – L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Au A du III, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 » ;

2° Le B du même III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 » ;

b) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;

3° Le même III est complété par des D à G ainsi rédigés :

« D. – À compter du 1<sup>er</sup> mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 dudit code, sont affectées d'un coefficient de majoration.

« Ce coefficient est réduit chaque année et doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2022.

« Les modalités de



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'État.

« E. – Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées selon les modalités suivantes :

« 1° Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3° ci-après ;

« 2° Du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018, elles sont financées par deux montants cumulatifs :

« a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi.

« En application du premier alinéa du présent a, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du ~~code de la sécurité sociale~~ des établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code sont affectés d'un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au ~~même~~ premier alinéa ;

« b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162-23-2 dudit code. Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Pour chaque établissement mentionné aux *d* et *e* de l'article

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« E. – (*Alinéa sans modification*)

« 1° (*Non modifié*)

« 2° (*Alinéa sans modification*)

« a) (*Non modifié*)

« b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162-23-2 ~~du~~ code. Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de soins de suite et de réadaptation.

(*Alinéa sans modification*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'État.

« E. – Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code sont financées selon les modalités suivantes :

« 1° Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3° ci-après ;

« 2° Du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018, elles sont financées par deux montants cumulatifs :

« a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi.

« En application du premier alinéa du présent a, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du même code des établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code sont affectés d'un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au premier alinéa du présent a ;

« b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale. Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de soins de suite et de réadaptation.

« Pour chaque établissement mentionné aux *d* et *e* de l'article

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

L. 162-22-6 du même code, ce montant est minoré afin de neutraliser une fraction du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 ~~du même~~ code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'État. Cette fraction est identique à celle mentionnée au premier alinéa du présent b ;

« 3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2017 sauf en ce qui concerne :

« a) Le financement complémentaire mentionné au a du 2° du même article L. 162-23-2 prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 ;

« b) Le financement complémentaire mentionné au b du même 2° prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;

« 4° Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sont financés par deux montants cumulatifs :

« a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies au même article L. 162-26 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

« b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies ~~au~~ article L. 162-26 ;

« 5° Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« 3° (*Non modifié*)

« 4° (*Non modifié*)

« 5° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

L. 162-22-6 du même code, ce montant est minoré afin de neutraliser une fraction du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 dudit code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'État. Cette fraction est identique à celle mentionnée au premier alinéa du présent b ;

« 3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2017 sauf en ce qui concerne :

« a) Le financement complémentaire mentionné au a du 2° du même article L. 162-23-2 prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 ;

« b) Le financement complémentaire mentionné au b du même 2° prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;

« 4° Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sont financés par deux montants cumulatifs :

« a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies au même article L. 162-26 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

« b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;

« 5° Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

dépenses prévu à l'article L. 162-23 du ~~code de la sécurité sociale~~ est constitué :

« a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 ~~du même~~ code, dans les conditions prévues aux 1°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2017 ;

« b) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° ~~du même~~ article L. 162-22, dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 31 décembre 2017 ;

« 6° Du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018, l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué :

« a) Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E ;

« b) Pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2018 au 31 décembre 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° ~~du même~~ article L. 162-22 telles que prévues à l'article L. 162-23 du même code.

« F. – Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018, le montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 ~~du même~~ code.

« Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code.

« Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« 6° (*Non modifié*)

« F. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

dépenses prévu à l'article L. 162-23 du même code est constitué :

« a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, dans les conditions prévues aux 1°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2017 ;

« b) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 31 décembre 2017 ;

« 6° Du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018, l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué :

« a) Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E ;

« b) Pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2018 au 31 décembre 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale telles que prévues à l'article L. 162-23 du même code.

« F. – Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018, le montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code.

« Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code.

« Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III, arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée au même article L. 174-2.

« L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

« Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'État.

« G. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

« Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 ~~du~~ code sont fixées par voie réglementaire.

« L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

« Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« G. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

« L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III, arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

« L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

« Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'État.

« G. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003).

« Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont fixées par voie réglementaire.

« L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

« Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française. Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ou de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code. » ;

4° Au V, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;

5° Il est ajouté un VI ainsi rédigé :

« VI. – Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2018, par dérogation au 8° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeurent financées selon les modalités antérieures à la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017. »

**Article 45 bis**

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 15 octobre 2017, un rapport d'étape sur

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

4° (*Non modifié*)

5° (*Non modifié*)

**Article 45 bis A**

~~À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après les mots : « actes réalisés en série », sont insérés les mots : « en ville, en centre de rééducation fonctionnelle ou dans les établissements de soins de suite et de réadaptation ».~~

**Article 45 bis**  
(*Supprimé*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française. Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ou de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code. » ;

4° Au V, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;

5° Il est ajouté un VI ainsi rédigé :

« VI. – Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2018, par dérogation au 8° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeurent financées selon les modalités antérieures à la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017. »

**Article 45 bis A**  
(*Supprimé*)

**Article 45 bis**

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 15 octobre 2017, un rapport d'étape sur

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

la réforme des modalités de financement de l'activité d'hospitalisation à domicile. Ce rapport présente notamment le calendrier de déploiement de la réforme.

**Article 45 quinquies**

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

**Article 45 sexies**

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

**Article 46**

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

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 45 quinquies  
(Supprimé)**

**Article 45 sexies  
(Supprimé)**

**Article 46**

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° A *(nouveau)* Le VI de l'article L. 14-10-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « les comptes prévisionnels de la caisse » sont remplacés par les mots : « les comptes et le montant des fonds propres prévisionnels de la caisse, accompagnés d'un tableau récapitulatif des flux de disponibilités entrants et sortants » ;

b) ~~Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :~~

~~« Chaque budget modificatif adopté par le conseil fait l'objet d'une communication au Parlement et au~~

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

la réforme des modalités de financement de l'activité d'hospitalisation à domicile. Ce rapport présente notamment le calendrier de déploiement de la réforme.

.....

**Article 45 quinquies**

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

**Article 45 sexies**

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

**Article 46**

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

1° A Le VI de l'article L. 14-10-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « les comptes prévisionnels de la caisse » sont remplacés par les mots : « les comptes et le montant des fonds propres prévisionnels de la caisse, accompagnés d'un tableau récapitulatif des flux de disponibilités entrants et sortants, » ;

b) *(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 313-1 est ainsi rédigé :

« Toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixés par décret. Ce décret fixe également les conditions selon lesquelles l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 313-3 peut prolonger ce délai. » ;

2° Au début de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-11, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, » sont supprimés ;

~~Gouvernement, qui comporte les mêmes éléments que le rapport défini au présent alinéa. » ;~~

~~1° B (nouveau) Le III de l'article L. 14 10 5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :~~

~~« Dans le cas où le bilan de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fait état de fonds propres positifs, ces derniers ne peuvent être consacrés à un autre usage que celui défini aux sections mentionnées au II du présent article et au présent III. » ;~~

1° L'article L. 313-1 est ainsi modifié :

a) (nouveau) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

*(Alinéa sans modification)*

2° L'article L. 313-11 est ainsi modifié :

a) Au début de la première phrase du premier alinéa, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, » sont supprimés ;

b) (nouveau) ~~Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

~~« La signature de ces contrats intervient à l'issue d'une phase de dialogue entre les futures parties durant laquelle ces dernières s'entendent sur les objectifs et les moyens à inscrire et qui ne peut durer plus d'un an à compter de la première sollicitation de l'autorité tarifaire. Cette durée peut être portée à deux ans dans le cas où les~~

1° B (*Supprimé*)

1° L'article L. 313-1 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixés par décret. Ce décret fixe également les conditions selon lesquelles l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 313-3 peut prolonger ce délai. » ;

2° L'article L. 313-11 est ainsi modifié :

a) Au début de la première phrase du premier alinéa, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, » sont supprimés ;

b) (*Supprimé*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

3° Le IV *ter* de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :

aa) Le premier alinéa du A est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La personne morale qui exerce un contrôle exclusif, dans les conditions prévues au II de l'article L. 233-16 du code de commerce, peut conclure ce contrat pour le compte des sociétés contrôlées qui gèrent un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II du présent article. » ;

ab) La première phrase du deuxième alinéa du même A est ainsi rédigée :

« Lorsqu'une personne physique ou morale mentionnée au premier alinéa du présent A gère ou contrôle plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

a) (*Supprimé*)

b) Le dernier alinéa du B est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Dans l'attente de la signature du contrat, les autorités de tarification peuvent réviser les propositions d'affectation des résultats sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. » ;

c) Le même B est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;

4° L'article L. 313-12-2 est ainsi modifié :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

~~parties signataires du contrat dépendent d'établissements situés dans plusieurs départements d'une même région. » ;~~

3° (*Alinéa sans modification*)

aa) (*Non modifié*)

ab) (*Non modifié*)

a) (*Non modifié*)

b) (*Non modifié*)

c) (*Non modifié*)

4° (*Alinéa sans modification*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

3° Le IV *ter* de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :

aa) Le premier alinéa du A est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La personne morale qui exerce un contrôle exclusif, dans les conditions prévues au II de l'article L. 233-16 du code de commerce, peut conclure ce contrat pour le compte des sociétés contrôlées qui gèrent un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II du présent article. » ;

ab) La première phrase du deuxième alinéa du même A est ainsi rédigée :

« Lorsqu'une personne physique ou morale mentionnée au premier alinéa du présent A gère ou contrôle plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

a) (*Supprimé*)

b) Le dernier alinéa du B est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Dans l'attente de la signature du contrat, les autorités de tarification peuvent réviser les propositions d'affectation des résultats sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. » ;

c) Le même B est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;

4° L'article L. 313-12-2 est ainsi modifié :



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

- à la première phrase, après la référence : « 2° », est insérée la référence : « , 3° » ;

- à la même première phrase, les mots : « , le cas échéant, » sont supprimés ;

- est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;

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

« Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;

5° L'article L. 313-14-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « le reversement » sont ~~remplacés~~ par les mots : « la récupération » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Cette récupération vient en déduction du tarif de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit. » ;

6° La première phrase du dernier alinéa du VI ~~de l'article L. 314-7~~ est ainsi rédigée :

« En application des articles

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

a) *(Alinéa sans modification)*

*(Alinéa sans modification)*

*(Alinéa sans modification)*

*(Alinéa sans modification)*

« Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État et uniquement pour les établissements ou services dont la dotation globale a été calculée en fonction d'une tarification fondée sur les besoins des personnes prises en charge. » ;

b) *(Non modifié)*

5° *(Non modifié)*

~~5° bis (nouveau) — Au IV de l'article L. 314-7, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;~~

6° *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

- à la première phrase, après la référence : « 2° », est insérée la référence : « , 3° » ;

- à la même première phrase, les mots : « , le cas échéant, » sont supprimés ;

- est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État et uniquement pour les établissements ou services dont la dotation globale a été calculée en fonction d'une tarification fondée sur les besoins des personnes prises en charge. » ;

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

« Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;

5° L'article L. 313-14-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « le reversement » sont remplacés par les mots : « la récupération » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Cette récupération vient en déduction du tarif de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit. » ;

5° bis *(Supprimé)*

6° La première phrase du dernier alinéa du VI du même article L. 314-7 est ainsi rédigée :

« En application des articles

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2, l'autorisation de ces frais de siège social est effectuée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens lorsque le périmètre de ce contrat correspond à celui des établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire. » ;

7° L'article L. 314-9 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « validation, à un médecin », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « désigné par le président du conseil départemental et à un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

- les mots : « de l'agence régionale de santé territorialement compétente » sont supprimés ;

- sont ajoutés les mots : « territorialement compétente » ;

8° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 313-14-1, au 1° de l'article L. 315-12 et à la fin de la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 315-15, les références : « L. 313-11 et L. 313-12 » sont remplacées par les références : « L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2 » ;

9° À la fin du 4° de l'article L. 315-12, les mots : « ne relevant pas de l'article L. 314-7-1 » sont supprimés.

II. – Après le mot : « est », la fin du VI de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est ainsi rédigée : « fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. »

**Article 46 bis**

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> juillet 2017, un rapport définissant les conditions de mise en place d'un fonds d'amorçage

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

7° (*Non modifié*)

8° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 313-14-1, au 1° de l'article L. 315-12 et à la fin de la dernière phrase du premier alinéa du I de l'article L. 315-15, les références : « L. 313-11 et L. 313-12 » sont remplacées par les références : « L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2 » ;

9° (*Non modifié*)

II. – (*Non modifié*)

**Article 46 bis**  
(*Supprimé*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2, l'autorisation de ces frais de siège social est effectuée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens lorsque le périmètre de ce contrat correspond à celui des établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire. » ;

7° L'article L. 314-9 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « validation, à un médecin », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « désigné par le président du conseil départemental et à un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

- les mots : « de l'agence régionale de santé territorialement compétente » sont supprimés ;

- sont ajoutés les mots : « territorialement compétente » ;

8° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 313-14-1, au 1° de l'article L. 315-12 et à la fin de la dernière phrase du premier alinéa du I de l'article L. 315-15, les références : « L. 313-11 et L. 313-12 » sont remplacées par les références : « L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2 » ;

9° À la fin du 4° de l'article L. 315-12, les mots : « ne relevant pas de l'article L. 314-7-1 » sont supprimés.

II. – (*Non modifié*)

**Article 46 bis**

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> juillet 2017, un rapport définissant les conditions de mise en place d'un fonds d'amorçage

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

pluriannuel de prévention des départs non choisis en Belgique. Ce rapport s'appuie sur une évaluation de l'efficacité du fonds d'amorçage mis en place en 2016.

**Article 48**

I. – L'article 70 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « sept » ;

2° (*nouveau*) Au premier alinéa du II, les références : « L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-13 et L. 160-14 ».

II (*nouveau*). – L'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « six » ;

2° À la première phrase du premier alinéa du II, les références : « L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-13 et L. 160-14 ».

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 48**

I. – (*Non modifié*)

II. – (*Non modifié*)

III (*nouveau*). – Le ~~code de l'action sociale et des familles~~ est ainsi modifié :

1° Le II de l'article L. 113-2 est ainsi modifié :

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

~~« À titre expérimental, l'agence régionale de santé peut privilégier les centres mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1, lorsqu'ils disposent des moyens nécessaires, pour la mise en œuvre de la méthode d'action mentionnée à l'article L. 113-3. La désignation de ces centres par l'agence régionale de santé se fait après~~

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

pluriannuel de prévention des départs non choisis en Belgique. Ce rapport s'appuie sur une évaluation de l'efficacité du fonds d'amorçage mis en place en 2016.

.....

**Article 48**

I. – (*Non modifié*)

II. – (*Non modifié*)

III. – (*Supprimé*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

~~concertation des présidents des conseils départementaux de la région et en cohérence avec le schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique et avec les schémas départementaux relatifs aux personnes en perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5 du présent code.»;~~

~~b) Au début du deuxième alinéa, les mots : « Ces conventions » sont remplacés par les mots : « Les conventions mentionnées au premier alinéa du présent II »;~~

~~2° Après le 2° de l'article L. 233-1, il est inséré un 2° bis ainsi rédigé :~~

~~« 2° bis La répartition entre gestionnaires de centres mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 des crédits réservés par l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la méthode d'action mentionnée à l'article L. 113-3 ; ».~~

~~IV (nouveau). – Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6327-2 du code de la santé publique, est insérée une phrase ainsi rédigée :~~

~~« Les gestionnaires de centres mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles recourent à ces plateformes territoriales d'appui pour la mise en œuvre de la méthode d'action mentionnée à l'article L. 113-3 du même code. »~~

**IV. – (Supprimé)**

.....

.....

.....

**CHAPITRE III**

**Garantir la pertinence des prises en charge**

**CHAPITRE III**

**Garantir la pertinence des prises en charge**

**CHAPITRE III**

**Garantir la pertinence des prises en charge**

**Article 49**

**Article 49**

**Article 49**

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

I. – (Alinéa sans modification)

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

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

1° (Non modifié)

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

*La commission des affaires sociales propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable en application de l'article 44, alinéa 3, du Règlement du Sénat.*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

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

« 1° bis D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; »

b) ~~Après le 7°, il est rétabli un 8° ainsi rédigé :~~

« 8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1, L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° bis du présent article ; »

2° Il est rétabli un article L. 221-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 221-1-1. – I. – Il est créé un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique.

« II. – Ce fonds enregistre en recettes :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie incluse dans le champ des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, fixée chaque année en fonction de cet objectif par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget et qui ne peut être inférieure au montant fixé l'année précédente majoré du taux d'évolution moyen des dépenses du fonds, nettes des recettes mentionnées aux 2° à 5° du présent II constatées au cours des cinq exercices précédents. Cette dotation est répartie entre les régimes selon les modalités définies à l'article L. 175-2 ;

« 2° La part des remises recouvrées par les organismes désignés en application de l'article L. 162-18 correspondant à l'usage de médicaments pris en charge au titre de leur inscription sur les listes mentionnées ~~aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique ;~~

« 3° Les remises mentionnées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code ;

« 4° Les contributions et remises

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

2° (*Supprimé*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

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

« 1° bis D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; »

b) Le 8° est ainsi rétabli :

« 8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1, L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° bis du présent article ; »

2° Il est rétabli un article L. 221-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 221-1-1. – I. – Il est créé un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique.

« II. – Ce fonds enregistre en recettes :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie incluse dans le champ des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, fixée chaque année en fonction de cet objectif par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget et qui ne peut être inférieure au montant fixé l'année précédente majoré du taux d'évolution moyen des dépenses du fonds, nettes des recettes mentionnées aux 2° à 5° du présent II constatées au cours des cinq exercices précédents. Cette dotation est répartie entre les régimes selon les modalités définies à l'article L. 175-2 ;

« 2° La part des remises recouvrées par les organismes désignés en application de l'article L. 162-18 correspondant à l'usage de médicaments pris en charge au titre de leur inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-22-7 du présent code et au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

« 3° Les remises mentionnées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code ;

« 4° Les contributions et remises

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

dues en application de la contribution relative au taux (Lh) mentionnée à l'article L. 138-10 ;

« 5° Les contributions dues en application de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C mentionnée à l'article L. 138-19-1.

« Pour les médicaments inscrits à la fois sur les listes mentionnées :

« a) Au premier alinéa de l'article L. 162-17 et

« b) À l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article ~~L. 5126-4~~ du code de la santé publique ;

« La part des remises retenues pour l'application du 2° du présent II correspond au montant de ces remises calculé au prorata des dépenses de médicaments remboursées par l'assurance maladie au titre de leur inscription sur l'une des listes mentionnées au *b*, par rapport à ces mêmes dépenses au titre de leur inscription sur les listes mentionnées aux *a* et *b*.

« III. – Le fonds enregistre en dépenses le montant des frais pharmaceutiques relatifs aux médicaments couverts par l'assurance maladie au titre :

« 1° De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;

« 2° De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article ~~L. 5126-4~~ du code de la santé publique ;

« 3° Du bénéfice d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;

« 4° De leur prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;

« 5° De leur prise en charge en application du quatrième alinéa de l'article L. 162-17-2-1 du présent code.

« IV. – Le solde du fonds est

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

dues en application de la contribution relative au taux (Lh) mentionnée à l'article L. 138-10 ;

« 5° Les contributions dues en application de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C mentionnée à l'article L. 138-19-1.

« Pour les médicaments inscrits à la fois sur les listes mentionnées :

« a) Au premier alinéa de l'article L. 162-17 et

« b) À l'article L. 162-22-7 du présent code ou au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

« La part des remises retenues pour l'application du 2° du présent II correspond au montant de ces remises calculé au prorata des dépenses de médicaments remboursées par l'assurance maladie au titre de leur inscription sur l'une des listes mentionnées au *b*, par rapport à ces mêmes dépenses au titre de leur inscription sur les listes mentionnées aux *a* et *b*.

« III. – Le fonds enregistre en dépenses le montant des frais pharmaceutiques relatifs aux médicaments couverts par l'assurance maladie au titre :

« 1° De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;

« 2° De leur inscription sur la liste mentionnée au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

« 3° Du bénéfice d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;

« 4° De leur prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;

« 5° De leur prise en charge en application du quatrième alinéa de l'article L. 162-17-2-1 du présent code.

« IV. – Le solde du fonds est

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

retracé dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le déficit du fonds ne peut être supérieur à 25 % du montant cumulé de la dotation reçue en application du III de l'article 49 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017 et du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs. L'excédent du fonds ne peut être supérieur à 25 % de la valeur absolue du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs.

« Le fonds ne peut présenter un résultat déficitaire s'il a été constaté au moins trois déficits au cours des cinq exercices précédents.

« Le montant de la dotation mentionnée au 1° du II du présent article est modifié, le cas échéant, pour assurer le respect des dispositions des deux premiers alinéas du présent IV.

« V. – Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées et établit une trajectoire budgétaire pluriannuelle permettant un équilibre des recettes et des dépenses du fonds à un horizon de cinq ans.

« Dans son avis rendu en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie tient compte de la situation financière du fonds. » ;

3° Au 1° de l'article L. 133-4, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « et L. 162-22-7-3 » ;

4° Après l'article L. 162-22-7-2, il est inséré un article L. 162-22-7-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-7-3. – Les médicaments mentionnés aux articles L. 5121-12 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2 du présent code administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

3° (*Supprimé*)

4° (*Supprimé*)

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

retracé dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le déficit du fonds ne peut être supérieur à 25 % du montant cumulé de la dotation reçue en application du III de l'article 49 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017 et du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs. L'excédent du fonds ne peut être supérieur à 25 % de la valeur absolue du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs.

« Le fonds ne peut présenter un résultat déficitaire s'il a été constaté au moins trois déficits au cours des cinq exercices précédents.

« Le montant de la dotation mentionnée au 1° du II du présent article est modifié, le cas échéant, pour assurer le respect des dispositions des deux premiers alinéas du présent IV.

« V. – Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées et établit une trajectoire budgétaire pluriannuelle permettant un équilibre des recettes et des dépenses du fonds à un horizon de cinq ans.

« Dans son avis rendu en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie tient compte de la situation financière du fonds. » ;

3° Au 1° de l'article L. 133-4, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « et L. 162-22-7-3 » ;

4° Après l'article L. 162-22-7-2, il est inséré un article L. 162-22-7-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-7-3. – Les médicaments mentionnés aux articles L. 5121-12 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2 du présent code administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. » ;

5° À l'article L. 174-2-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les références : « L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 162-22-7-3 » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « L. 162-22-7-3, » ;

7° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

a) Au début du neuvième alinéa, la mention : « IV. – » est supprimée et, à la fin du même alinéa, le mot : « article » est remplacé par la référence : « III » ;

b) Le dixième alinéa est ainsi modifié :

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

- après le mot : « constituées », la fin est ainsi rédigée : « des impositions et remboursements suivants attribués à la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général : » ;

c) Le 8° est complété par les mots : « dans les conditions fixées par le décret mentionné au 4° du IV de l'article L. 136-8 ».

II. – À la première phrase du premier alinéa du I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 ».

III. – En 2017, afin de constituer une dotation initiale au bénéfice du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique institué par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, il est identifié au sein des fonds propres de la Caisse nationale

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

5° (*Supprimé*)

6° (*Supprimé*)

7° (*Supprimé*)

II. – (*Supprimé*)

III. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. » ;

5° À l'article L. 174-2-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, après la référence « L. 162-22-7 », est insérée la référence « L. 162-22-7-3 » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « L. 162-22-7-3, » ;

7° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

a) Au début du neuvième alinéa, la mention : « IV. – » est supprimée et, à la fin du même alinéa, le mot : « article » est remplacé par la référence : « III » ;

b) Le dixième alinéa est ainsi modifié :

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

- après le mot : « constituées », la fin est ainsi rédigée : « des impositions et remboursements suivants attribués à la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général : » ;

c) Le 8° est complété par les mots : « dans les conditions fixées par le décret mentionné au 4° du IV de l'article L. 136-8 ».

II. – À la première phrase du premier alinéa du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 ».

III. – (*Non modifié*)



### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

de l'assurance maladie des travailleurs salariés une somme de 876 millions d'euros.

Pour les exercices 2018 à 2021, par dérogation au 1° du II du même article L. 221-1-1, la dotation de l'assurance maladie au fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique ne peut être inférieure à la dotation de l'exercice précédent, majorée de 5 %.

#### Article 50

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

1° L'article L. 5125-23-2 est ainsi ~~rédigé~~ :

« Art. L. 5125-23-2. – Dans les cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, il porte sur la prescription la mention expresse "en initiation de traitement".

« Lors de l'initiation du traitement avec un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.

« Lors de l'initiation ou du renouvellement du traitement avec un médicament biologique, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.

« Dans le cas où il initie un

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

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

1° A (~~nouveau~~) ~~Au début de la seconde phrase du b du 15° de l'article L. 5121-1, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Les médicaments biologiques, ainsi que les groupes biologiques similaires, » ;~~

1° (~~Alinéa sans modification~~)

~~« Art. L. 5125-23-2. Dans les cas où le prescripteur prescrit un médicament biologique tel que défini au 14° de l'article L. 5121-1, il interroge le patient sur son historique de prescription de médicament biologique et l'informe sur les spécificités des médicaments biologiques.~~

~~« Le prescripteur peut autoriser la possibilité de substitution par la mention expresse "substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.~~

~~« Il s'assure de la traçabilité de sa prescription.~~

~~« En cas de modification d'une~~

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

#### Article 50

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

1° A (~~Supprimé~~)

1° L'article L. 5125-23-2 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase est supprimée ;

b) Au début de la troisième phrase, les mots : « Dans tous les cas, » sont supprimés ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas où il initie un

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

traitement avec un médicament biologique, le prescripteur informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques et, le cas échéant, de la possibilité de substitution. Le prescripteur met en œuvre la surveillance clinique nécessaire. » ;

2° Le septième alinéa de l'article L. 5125-23-3 est supprimé.

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

~~prescription initiale et de remplacement d'un médicament biologique par un autre, le médecin informe le patient, s'assure de son consentement conformément aux articles L. 1111-2 et L. 1111-4 et met en œuvre la surveillance clinique nécessaire.~~

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

2° Le 3° de l'article L. 5125-23-3 est ainsi rédigé :

« 3° Le prescripteur a autorisé la possibilité de cette substitution ; ».

II (nouveau). – L'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au début du III, est ajoutée la mention : « A. » ;

2° Au 1° bis du même III, après les mots : « mentionné au », sont insérés les mots : « A du » ;

3° Après le même 1° bis, il est inséré un 1° ter ainsi rédigé :

« 1° ter Un objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 et définis au a du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, résultant des prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement, corrélé à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux prévisionnel mentionné au B du présent III ; »

4° Le même III est complété par un B ainsi rédigé :

« B. L'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel de prescription par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6, des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et définis au a du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique remboursés sur l'enveloppe des soins de

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

traitement avec un médicament biologique, le prescripteur informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques et, le cas échéant, de la possibilité de substitution. Le prescripteur met en œuvre la surveillance clinique nécessaire. » ;

(Alinéa supprimé)

2° Le septième alinéa de l'article L. 5125-23-3 est supprimé.

« 3° (Alinéa supprimé)

II. – (Supprimé)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

~~ville. Ce taux est arrêté sur la base de l'analyse de l'évolution nationale annuelle du nombre d'unités de conditionnement de ces médicaments rapporté au nombre d'unités de conditionnement des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et définis au 14° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6.»~~

**Article 51**

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

1° A À la seconde phrase du second alinéa de l'article L. 138-11, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « second alinéa du I » ;

1° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5-1. – I. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. Le comité rend publiques ces déclarations.

« Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente.

« I bis. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe un coût maximal de traitement par patient et par an, dans la limite de 10 000 euros, applicable à chaque médicament bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations

**Article 51**

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° A *(Supprimé)*

1° *(Alinéa sans modification)*

« Art. L. 162-16-5-1. – *(Non modifié)*

« I bis. – *(Supprimé)*

**Article 51**

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

1° A *(Supprimé)*

1° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5-1. – I. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. Le comité rend publiques ces déclarations.

« Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente.

« I bis. – Si, au 31 mars de chaque année, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des données issues du système d'information prévu à l'article

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

temporaires d'utilisation prévues à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ce coût maximal de traitement correspond à un plafond au titre de la mise à disposition d'un produit, au delà duquel des remises sont dues par le laboratoire titulaire des droits d'exploitation du médicament, pour les indications faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation ou prises en charge en application du même article L. 162-16-5-2. La valeur de ce coût maximal de traitement est calculée, chaque année, et pour chaque patient, pro rata temporis de la durée de prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application dudit article L. 162-16-5-2 pour l'année considérée. La durée minimale retenue pour ce calcul est de quatre mois.

~~« Si, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des données issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, au plus tard le 31 mars de l'année suivant celle au titre de laquelle le calcul est effectué et pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant total pris en charge à ce titre excède celui qui résulterait de l'application du coût maximal de traitement mentionné au premier alinéa du présent I bis à la prise en charge de chaque patient, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant qui aurait résulté de~~

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant moyen pris en charge par patient à ce titre pour l'année civile précédente excède 10 000 euros, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant de 10 000 euros multiplié par le nombre de patients traités. Le nombre de patients traités, et en conséquence le montant moyen pris en charge par patient, sont déterminés au prorata de la durée de traitement moyenne sur l'année civile considérée.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

~~l'application de ce coût maximal de traitement à la prise en charge de chaque patient.~~

~~« Par dérogation aux deux premiers alinéas du présent I bis, les médicaments dont le chiffre d'affaires total, depuis leur première commercialisation au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au deuxième alinéa du présent I bis.~~

« II. – Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré des remises mentionnées au I bis du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

« Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

« 1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« II. – Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18 ~~du présent code~~, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

*(Alinéa sans modification)*

« 1° *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

« Par dérogation au premier alinéa du présent I bis, les médicaments dont le chiffre d'affaires hors taxes au titre de l'année civile mentionnée au premier alinéa du présent I bis, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au premier alinéa du présent I bis.

« II. – Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré le cas échéant des remises mentionnées au I bis du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

« Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

« 1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré des remises mentionnées au I *bis* du présent article au titre de cette même période ;

« 2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence.

« Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent II.

« III. – Pour l'application du II du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.

« Les dispositions du II du présent article sont également applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :

« 1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;

« 2° Soit au titre de

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« 2° (*Non modifié*)

« III. – (*Non modifié*)

« Le II du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré le cas échéant des remises mentionnées au I *bis* du présent article au titre de cette même période ;

« 2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence.

« Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent II.

« III. – Pour l'application du II du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.

« Le II du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :

« 1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;

« 2° Soit au titre de

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« Dans les deux cas, le premier alinéa du présent III s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.

« III *bis.* – Lorsqu'un médicament ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du I *bis* est inscrit au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé, son laboratoire exploitant peut bénéficier, par convention avec le comité, d'une restitution de tout ou partie de la remise versée en application du I *bis*. Le montant de cette restitution ne peut excéder le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues, au cours des douze mois précédant l'inscription au remboursement, au prix ou tarif net de référence au titre de l'année suivant la fixation de ce prix ou tarif, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction des remises prévues aux I *bis*, II et III au titre de l'indication considérée.

« IV. – La prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. » ;

2° L'article L. 162-16-5-2 est

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« III *bis.* – (*Supprimé*)

« IV. – (*Non modifié*)

2° (*Alinéa sans modification*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« Dans les deux cas, le premier alinéa du présent III s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.

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

« IV. – La prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. » ;

2° L'article L. 162-16-5-2 est

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, le mot : « son » est remplacé par les mots : « sa première » ;

b) Au 2° du même I, les mots : « l'autorisation » sont remplacés, deux fois, par les mots : « sa première autorisation » ;

c) Le III est ainsi rédigé :

« III. – A. – Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne :

« 1° Une décision relative à l'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

« 2° L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ;

« 3° Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'est déposée pour l'indication considérée dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, ou le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes.

« B. – Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :

« 1° Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

a) (*Supprimé*)

b) (*Supprimé*)

c) (*Alinéa sans modification*)

« III. – (*Non modifié*)

« B. – (*Alinéa sans modification*)

« 1° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, le mot : « son » est remplacé par les mots : « sa première » ;

b) Au 2° du même I, la seconde occurrence des mots : « l'autorisation » est remplacée par les mots : « sa première autorisation » ;

c) Le III est ainsi rédigé :

« III. – A. – Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne :

« 1° Une décision relative à l'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

« 2° L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ;

« 3° Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'est déposée pour l'indication considérée dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, ou le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes.

« B. – Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :

« 1° Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code ;

« 2° (*Supprimé*)

« 3° (*Supprimé*)

« 4° Les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés.

« Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« C. – Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les différentes conditions de délai relevant du présent III, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités prévues à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

3° L'article L. 162-16-5-2 est complété par des IV et V ainsi rédigés :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

~~« 2° Aucun accord sur le prix ou le tarif de responsabilité n'est trouvé par convention entre le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché et le Comité économique des produits de santé dans un délai défini par décret en Conseil d'État à compter de l'autorisation de mise sur le marché, pour l'indication considérée, et le Comité économique des produits de santé n'a pas, dans ce même délai, fixé, par décision, un prix ou un tarif de responsabilité prenant en compte l'indication considérée ;~~

~~« 3° Les prises en charge cumulées au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et du I du présent article ont excédé un délai fixé par décret en Conseil d'État ;~~

« 4° (*Non modifié*)

*(Alinéa sans modification)*

« C. – Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les conditions de délai ~~prévues ci-dessus~~, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités prévues à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

3° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code ;

« 2° (*Supprimé*)

« 3° (*Supprimé*)

« 4° Les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés.

« Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« C. – Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les différentes conditions de délai relevant du présent III, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités prévues à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

3° L'article L. 162-16-5-2 est complété par des IV et V ainsi rédigés :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« IV. – Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi des patients traités prévus au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, pour chaque indication considérée, jusqu'à la fin de la prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée au même article L. 5121-12 ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

« V - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

4° Après le même article L. 162-16-5-2, il est inséré un article L. 162-16-5-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5-3. – La prescription d'une spécialité faisant l'objet de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret.

« Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code. » ;

5° L'article L. 162-18 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

4° (*Non modifié*)

5° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

« IV. – Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi des patients traités prévus au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, pour chaque indication considérée, jusqu'à la fin de la prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée au même article L. 5121-12 ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

« V. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

4° Après le même article L. 162-16-5-2, il est inséré un article L. 162-16-5-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5-3. – La prescription d'une spécialité faisant l'objet de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret.

« Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code. » ;

5° L'article L. 162-18 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.

« Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au premier alinéa du présent article, qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.

« Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du sixième alinéa du présent article.

« À défaut de convention prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence. »

II. – Le 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est complété par les mots : « , dont la valeur maximale est fixée par décret ».

III. – Jusqu'à l'entrée en vigueur du décret relatif aux conditions de transmission de l'indication mentionné à l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale, la répartition des volumes de vente selon les indications, nécessaires à l'application de l'article L. 162-16-5-1 du même code est calculée au prorata des estimations des populations cibles respectives réalisées par le Comité économique des produits de santé.

IV. – Les I *bis* et III *bis* de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale et la condition de délai maximal mentionnée au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé

### Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – Le 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est complété par les mots : « , ~~d'un an~~ au maximum ».

III. – *(Non modifié)*

IV. – *(Supprimé)*

### Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.

« Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au premier alinéa du présent article, qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.

« Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du sixième alinéa du présent article.

« À défaut de convention prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence. »

II. – Le 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est complété par les mots : « , dont la valeur maximale est fixée par décret ».

III. – *(Non modifié)*

IV. – Les I *bis* et III *bis* de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale et la condition de délai maximal mentionnée au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

publique sont applicables aux autorisations délivrées au titre du même article L. 5121-12 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Les II et III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux chiffres d'affaires réalisés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

**Article 52**

I. – L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

b) À la deuxième phrase, le mot : « apportée » est supprimé ;

c) La dernière phrase est supprimée ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention établie dans le cadre de l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :

« 1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments à même visée thérapeutique sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité, notamment en cas de commercialisation d'un premier médicament générique ou d'un premier médicament biologique similaire ;

« 2° Le prix net ou le tarif net, au sens du quatrième alinéa de l'article

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° *(Non modifié)*

2° *(Alinéa sans modification)*

« II. – Le prix de vente mentionné au I peut être ~~baissé par convention établie dans le cadre de l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4. À défaut, il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé~~ par décision du Comité économique des produits de santé, ~~pour~~ au moins l'un des ~~motifs~~ suivants :

« 1° *(Non modifié)*

« 2° *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

publique sont applicables aux autorisations délivrées au titre du même article L. 5121-12 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Les II et III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux chiffres d'affaires réalisés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

**Article 52**

I. – L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

b) À la deuxième phrase, le mot : « apportée » est supprimé ;

c) La dernière phrase est supprimée ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :

« 1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments à même visée thérapeutique sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité, notamment en cas de commercialisation d'un premier médicament générique ou d'un premier médicament biologique similaire ;

« 2° Le prix net ou le tarif net, au sens du quatrième alinéa de l'article

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

L. 162-18 du présent code, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ;

« 3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;

« 4° Le coût net, au sens de l'article L. 162-18 du présent code, du traitement médicamenteux pour l'assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ;

« 4° bis Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l'assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ;

« 5° L'existence de prix ou de tarifs inférieurs dans d'autres pays européens, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur ;

« 6° Un niveau de service médical rendu inférieur à celui des médicaments à même visée thérapeutique ou un niveau de service médical rendu faible ou modéré, lorsque le médicament ne dispose pas de comparateur. » ;

3° Au début du troisième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;

4° (*Supprimé*)

5° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « V. – ».

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« 3° (*Non modifié*)

« 4° (*Non modifié*)

« 4° bis (*Non modifié*)

« 5° L'existence de prix ou de tarifs inférieurs dans d'autres pays européens ~~dont la liste est fixée par décret, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur ;~~

« 6° (*Supprimé*)

3° (*Non modifié*)

4° (*Non modifié*)

5° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention :

« IV. – ».

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

L. 162-18 du présent code, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ;

« 3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;

« 4° Le coût net, au sens de l'article L. 162-18 du présent code, du traitement médicamenteux pour l'assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ;

« 4° bis Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l'assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ;

« 5° L'existence de prix ou de tarifs inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ;

« 6° (*Supprimé*)

3° Au début du troisième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;

4° (*Supprimé*)

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

« IV. – (*Alinéa supprimé*)

6° (nouveau) Il est ajouté un V ainsi rédigé :

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

II. – L'article L. 162-16-5 du même code est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas du I sont ainsi rédigés :

« I. – Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 dudit code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ou, lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours à compter de cette décision.

« Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II de ce même article. » ;

2° Au troisième alinéa du même I, les mots : « le prix de vente déclaré

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

II. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

« V. – Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4. »

II. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

ou » sont supprimés ;

3° L'avant-dernier alinéa dudit I est supprimé ;

4° Au II, les mots : « au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, » sont supprimés et le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « premier ».

III. – Le I de l'article L. 162-16-6 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du premier alinéa est supprimée ;

2° Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ce tarif est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II du même article L. 162-16-4. » ;

3° L'avant-dernier alinéa est supprimé.

IV. – Au 1° de l'article L. 162-17-4 du même code, les mots : « ou le prix de vente déclaré » sont supprimés.

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

III. – (*Non modifié*)

IV. – L'article L. 162-17-4 est ainsi modifié :

1° (*nouveau*) Au premier alinéa, les références : « aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à » sont remplacées par les références : « au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 et aux premier et deuxième alinéas de » ;

2° Au 1°, les mots : « ou le prix de vente déclaré » sont supprimés, et la seconde occurrence du mot : « ces » est remplacée par le mot : « ce ».

IV bis A (*nouveau*) - Le premier alinéa de l'article L. 162-17-5 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La fixation de ce montant tient compte des critères ou conditions mentionnés aux I et II de l'article L. 162-16-4 concernant les médicaments, et aux I et II de l'article

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

III. – (*Non modifié*)

IV. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

IV *bis*. – L'article L. 162-18 du même code est ainsi modifié :

1° Après la première phrase du ~~dernier~~ alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret en matière commerciale et industrielle. » ;

2° Le même ~~dernier~~ alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les prix nets ou ~~tarifs~~ nets s'entendent déduction faite de ces remises. » ;

3° ~~Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :~~

« Les coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. »

V. – Le premier alinéa de l'article L. 162-38 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « ou entre le comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations » et les mots : « , ou ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, » sont supprimés ;

2° Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Le comité institué par l'article L. 162-17-3 peut fixer, pour ce qui

L. 165-2 concernant les produits ou prestations. »

IV *bis* A. – (*nouveau*) - Le premier alinéa de l'article L. 162-17-5 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La fixation de ce montant tient compte des critères ou conditions mentionnés aux I et II de l'article L. 162-16-4 concernant les médicaments, et aux I et II de l'article L. 165-2 concernant les produits ou prestations. »

IV *bis*. – (*Non modifié*)

V. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Non modifié*)

2° (*Non modifié*)

IV *bis* A. – (*Non modifié*)

IV *bis*. – L'article L. 162-18 du même code est ainsi modifié :

1° Après la première phrase du quatrième alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret en matière commerciale et industrielle. » ;

2° Le même quatrième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. » ;

3° (*Supprimé*)

V. – (*Non modifié*)



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

concerne les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1, le prix de cession maximal auquel peut être vendu le produit ou la prestation au distributeur en détail. »

VI. – L'article L. 165-2 du même code est ainsi modifié :

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

2° Au deuxième alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « conditions prévues à l'article L. 165-3-3 » ;

3° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci » sont remplacés par les mots : « de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu », les mots : « et des prix » sont supprimés et, après les mots : « prévus ou constatés », sont insérés les mots : « , des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés » ;

4° Après le même avant-dernier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :

« 1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

« 2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

3° (*nouveau*) Au début de la dernière phrase, les mots : « Cette fixation tient » sont remplacés par les mots : « Ces fixations tiennent ».

VI. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Non modifié*)

2° (*Non modifié*)

3° (*Non modifié*)

4° (*Alinéa sans modification*)

« II. – Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention établie dans le cadre de l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :

« 1° (*Supprimé*)

« 2° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

VI. – L'article L. 165-2 du même code est ainsi modifié :

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

2° Au deuxième alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « conditions prévues à l'article L. 165-3-3 » ;

3° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci » sont remplacés par les mots : « de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu », les mots : « et des prix » sont supprimés et, après les mots : « prévus ou constatés », sont insérés les mots : « , des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés » ;

4° Après le même avant-dernier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention établie dans le cadre de l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :

« 1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

« 2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

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

« 3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;

« 4° Les tarifs, les prix et les remises applicables aux produits et prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec le produit ou la prestation concernée ;

« 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ;

« 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;

« 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;

« 8° Les conditions prévisibles et réelles d'utilisation des produits ou prestations.

« Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits et prestations comparables. » ;

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« 3° *(Non modifié)*

« 4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au coût net de remises de produits ou de prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ;

« 5° *(Non modifié)*

« 6° *(Non modifié)*

« 7° *(Non modifié)*

« 8° *(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

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

« 3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;

« 4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au coût net de remises de produits ou de prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ;

« 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ;

« 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;

« 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;

« 8° *(Supprimé)*

« Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits et prestations comparables. » ;

5° Au début du dernier alinéa,

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

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

6° Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

~~« IV. – L'accord cadre mentionné à l'article L. 165-4-1 peut préciser les modalités de mise en œuvre des conventions mentionnées aux I et II du présent article. »~~

VII. – L'article L. 165-3 du même code est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 162-38 » sont supprimés ;

2° Au second alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « conditions prévues à l'article L. 165-3-3 » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les prix mentionnés au premier alinéa du présent article sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues au II du même article L. 165-2. »

VIII. – Après l'article L. 165-3-2 du même code, il est inséré un article L. 165-3-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 165-3-3. – I. – Les fabricants ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces fabricants sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

« 1° Les fabricants ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

6° (*Supprimé*)

VII. – (*Non modifié*)

VIII. – (*Alinéa sans modification*)

« Art. L. 165-3-3. – (*Alinéa sans modification*)

« 1° (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

est ajoutée la mention : « III. – » ;

6° Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1. »

VII. – (*Non modifié*)

VIII. – (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

santé leur intention de négocier à la suite d'un avis de projet de fixer les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix ;

« 2° Chaque fabricant ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

« Pour chaque fabricant ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du fabricant ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque l'inscription de produits et prestations sur cette liste est réalisée conjointement pour plusieurs produits, le comité économique des produits de santé peut appliquer à chaque produit un taux de pondération, compris entre 0 et 1 ; la somme des taux employés est égale à 1.

« Un fabricant ne peut pas participer à la négociation à la fois en son nom propre et au titre d'une organisation.

« II. – Les distributeurs ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces distributeurs sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« 2° (*Non modifié*)

(*Alinéa sans modification*)

« Pour l'appréciation de la part du montant remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les fabricants qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque fabricant participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie négociation par négociation.

« II. – (*Alinéa sans modification*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« 1° Les distributeurs ou organisations ont fait connaître au comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'une information relative à la fixation de ces tarifs de responsabilité et, le cas échéant, de ces prix ;

« 2° Chaque distributeur ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

« Pour chaque distributeur ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du distributeur ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

« Un distributeur ne peut pas participer à la négociation à la fois en son nom propre et au titre d'une organisation.

« III. – La convention mentionnée au I est valablement conclue si elle est signée par des fabricants ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du I pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.

« La convention mentionnée au II est valablement conclue si elle est

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« 1° *(Non modifié)*

« 2° *(Non modifié)*

*(Alinéa sans modification)*

« Pour l'appréciation de la part du montant remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les distributeurs qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque distributeur participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie négociation par négociation.

« III. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

signée par des distributeurs ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du II pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.

« Dès lors que l'une des conventions mentionnées aux deux premiers alinéas du présent III est valablement conclue, le prix ou le tarif fixé par convention s'applique à l'ensemble des acteurs concernés, y compris à ceux qui n'ont pas signé de convention.

« IV. – Pour l'application des I, II et III, les produits et prestations concernés peuvent regrouper plusieurs produits et prestations comparables, au sens de l'article L. 165-2.

« Les références temporelles sur lesquelles les contributions sont effectuées sont précisées par le Comité économique des produits de santé.

« V. – Lorsqu'il apparaît qu'un fabricant, un distributeur ou une organisation regroupant certains fabricants ou distributeurs a déclaré sciemment, pour l'application du présent article, des volumes de vente ou un chiffre d'affaires ou une part du montant remboursé manifestement erronés, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant, le distributeur ou l'organisation a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant, du distributeur ou de l'organisation.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs regroupés au sein de l'organisation, au titre du dernier exercice clos pour la ou les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées considérées. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« IV. – (Alinéa *sans modification*)

« Les parts des montants remboursés mentionnées au présent article sont calculées sur une période temporelle définie par le Comité économique des produits de santé.

« V. – (Alinéa *sans modification*)

(Alinéa *sans modification*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

constaté.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Lorsqu'une procédure de sanction est engagée par le Comité économique des produits de santé conformément au premier alinéa du présent V, l'invalidation de la convention conclue sur la base des éléments de chiffre d'affaires en cause n'intervient qu'à l'issue d'un délai de six mois à compter de l'engagement de cette procédure. Il en est de même, le cas échéant, de la décision du comité fixant le tarif ou le prix de la description en l'absence d'accord conventionnel.

« VI. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »

IX. – À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 165-4 du même code, les mots : « , la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés.

X. – A. – L'article L. 165-5-1 du même code devient l'article L. 165-5-2.

B. – Le même article L. 165-5-1 est ainsi rétabli :

« Art. L. 165-5-1. – À une date et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2020, l'inscription par description générique des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est subordonnée à la détention d'un code permettant une identification individuelle de chacun de ces produits et prestations et de son fabricant ou distributeur. Ces codes identifiants sont collectés par la Caisse nationale de

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

*(Alinéa sans modification)*

« Lorsqu'une procédure de sanction est engagée par le Comité économique des produits de santé conformément au premier alinéa du présent V, l'invalidation de la convention conclue sur la base des éléments de chiffre d'affaires, de part du montant remboursé ou des volumes de vente en cause n'intervient qu'à l'issue d'un délai de six mois à compter de l'engagement de cette procédure. Ce délai de six mois s'applique également en cas d'invalidation, pour les mêmes motifs, de la décision du comité fixant le tarif ou le prix de la description en l'absence d'accord conventionnel.

« VI. – *(Non modifié)*

IX. – *(Non modifié)*

X. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

IX. – *(Non modifié)*

X. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

l'assurance maladie des travailleurs salariés et rendus publics sur son site internet.

« Le décret mentionné au premier alinéa précise notamment les obligations respectives des fabricants ou distributeurs et de la caisse nationale pour l'élaboration de ces codes identifiants dans les délais requis. Ce code est exigé par la caisse locale d'assurance maladie compétente en vue de la prise en charge ou du remboursement du produit ou de la prestation. »

XI. – Les prix de cession des spécialités pharmaceutiques fixés sur le fondement de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi restent valables jusqu'à leur modification par une nouvelle convention ou, à défaut, une nouvelle décision du Comité économique des produits de santé.

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

XI. – *(Non modifié)*

**Article 52 bis A**

~~Dans les six mois à compter la publication de la présente loi, la Haute Autorité de santé élabore une grille explicitant la relation entre la valeur thérapeutique relative telle qu'elle est définie par le rapport sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments remis à la ministre chargée des affaires sociales et de la santé en novembre 2015, et l'évaluation du médicament sur les composantes suivantes :~~

~~– la quantité d'effet par rapport au comparateur : efficacité, tolérance ;~~

~~– la pertinence clinique de ces effets ;~~

~~– la qualité de la démonstration (critères de jugement, utilisation d'un comparateur pertinent dans les essais) ;~~

~~– les avantages non cliniques (praticabilité) qu'il convient d'explicitier plus précisément ;~~

~~– la couverture du besoin.~~

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

XI. – *(Non modifié)*

**Article 52 bis A**  
*(Supprimé)*



**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Article 52 bis**

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

1° Après l'article L. 162-1-8, sont insérés deux articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 ainsi rédigés :

« Art. L. 162-1-9. – Une commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale est créée auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette commission, présidée par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, est composée de représentants des médecins ~~spécialisés~~ en radiodiagnostic et en imagerie médicale, de représentants des médecins spécialistes en médecine nucléaire et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à ses travaux.

« Cette commission rend un avis motivé sur les propositions présentées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, prévues à l'article L. 162-1-9-1.

« La composition et les règles de fonctionnement de la commission sont fixées par arrêté.

« Art. L. 162-1-9-1. – I. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet à la commission prévue à l'article L. 162-1-9, au moins une fois tous les trois ans, avant le 1<sup>er</sup> mars de l'année :

« 1° Des éléments relatifs à l'évolution constatée sur la période concernée des charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et utilisés dans le cadre d'actes et de prestations délivrés par des professionnels de santé libéraux ;

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 52 bis  
(Supprimé)**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Article 52 bis**

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

1° Après l'article L. 162-1-8, sont insérés deux articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 ainsi rédigés :

« Art. L. 162-1-9. – Une commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale est créée auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette commission, présidée par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, est composée de représentants des médecins libéraux et hospitaliers spécialistes en radiodiagnostic et en imagerie médicale, de représentants des médecins spécialistes en médecine nucléaire, de représentants des fédérations hospitalières représentatives et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à ses travaux.

« Cette commission rend un avis motivé sur les propositions présentées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, prévues à l'article L. 162-1-9-1.

« La composition et les règles de fonctionnement de la commission sont fixées par arrêté.

« Art. L. 162-1-9-1. – I. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet à la commission prévue à l'article L. 162-1-9, au moins une fois tous les trois ans, avant le 1<sup>er</sup> mars de l'année :

« 1° Des éléments relatifs à l'évolution constatée sur la période concernée des charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et utilisés dans le cadre d'actes et de prestations délivrés par des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers ;

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

« 2° S'il y a lieu, une analyse de l'évolution de l'organisation et des modalités de fonctionnement des différentes structures utilisant ces équipements ;

« 3° Des propositions d'évolution pluriannuelle des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements ;

« 4° Des propositions d'évolution de la classification de ces équipements ;

« 5° Un bilan de l'impact financier des propositions mentionnées aux 3° et 4°.

« Les propositions mentionnées aux 3° et 4° sont également transmises aux organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et des médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« L'avis de la commission est rendu avant l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la transmission des propositions mentionnées aux 3° et 4°. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé rendu. L'avis est transmis par le directeur général de l'Union aux organisations nationales représentatives de médecins généralistes et de médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« La convention mentionnée à l'article L. 162-5 définit l'évolution des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements matériels lourds d'imagerie médicale, ainsi que la classification associée. À défaut d'accord sur l'évolution des rémunérations et de la classification à l'expiration d'un délai de soixante jours à compter de la transmission mentionnée au septième alinéa du présent article, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à leur détermination.

« Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au neuvième alinéa, la décision déterminant les rémunérations

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

« 2° S'il y a lieu, une analyse de l'évolution de l'organisation et des modalités de fonctionnement des différentes structures utilisant ces équipements ;

« 3° Des propositions d'évolution pluriannuelle des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements ;

« 4° Des propositions d'évolution de la classification de ces équipements ;

« 5° Un bilan de l'impact financier des propositions mentionnées aux 3° et 4°.

« Les propositions mentionnées aux 3° et 4° sont également transmises aux organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et des médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« L'avis de la commission est rendu avant l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la transmission des propositions mentionnées aux 3° et 4°. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé rendu. L'avis est transmis par le directeur général de l'Union aux organisations nationales représentatives de médecins généralistes et de médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« La convention mentionnée à l'article L. 162-5 définit l'évolution des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements matériels lourds d'imagerie médicale, ainsi que la classification associée. À défaut d'accord sur l'évolution des rémunérations et de la classification à l'expiration d'un délai de soixante jours à compter de la transmission mentionnée au septième alinéa du présent article, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à leur détermination.

« Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au neuvième alinéa, la décision déterminant les rémunérations

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

et la classification est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard dans un délai de trente jours.

« Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours.

« En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à la fin du délai mentionné au dixième alinéa, le directeur général de l'union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs. » ;

2° L'article L. 162-5 est complété par un 26° ainsi rédigé :

« 26° S'agissant des médecins ~~spécialisés~~ en radiodiagnostic et en imagerie médicale et des médecins spécialistes en médecine nucléaire, les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale ainsi que la classification associée, dans le respect des dispositions des articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1. »

II. – Par dérogation à la procédure prévue à l'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai d'un mois à compter de la publication de la présente loi, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la fixation des rémunérations et de la classification mentionnées au même article L. 162-1-9-1. Cette décision est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours.

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

et la classification est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard dans un délai de trente jours.

« Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours.

« En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à la fin du délai mentionné au dixième alinéa, le directeur général de l'union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs. » ;

2° L'article L. 162-5 est complété par un 26° ainsi rédigé :

« 26° S'agissant des médecins spécialistes en radiodiagnostic et en imagerie médicale et des médecins spécialistes en médecine nucléaire, les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale ainsi que la classification associée, dans le respect des dispositions des articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1. »

II. – Par dérogation à la procédure prévue à l'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai d'un mois à compter de la publication de la présente loi, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la fixation des rémunérations et de la classification mentionnées au même article L. 162-1-9-1. Cette décision est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**Article 53**

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 44,4 millions d'euros pour l'année 2017.

II. – En 2017, il est prélevé au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée, une somme de 70 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2015, du fonds pour l'emploi hospitalier créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

III. – Il est institué, au titre de l'année 2017, au bénéfice du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée, une contribution de 150 millions d'euros à la charge de l'organisme mentionné au II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Cette contribution est versée avant le 31 décembre 2017.

Le recouvrement, le contentieux et les ~~garanties~~ relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

IV. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**Article 53**

I. – *(Non modifié)*

II. – *(Alinéa sans modification)*

Le recouvrement, le contentieux, les garanties et les sanctions relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

III. – *(Supprimé)*

IV. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**Article 53**

I. – *(Non modifié)*

II. – *(Non modifié)*

III. – Il est institué, au titre de l'année 2017, au bénéfice du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée, une contribution de 150 millions d'euros à la charge de l'organisme mentionné au II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Cette contribution est versée avant le 31 décembre 2017.

Le recouvrement, le contentieux, les garanties et les sanctions relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

IV. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 107 millions d'euros pour l'année 2017.

V. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 129,6 millions d'euros pour l'année 2017.

**Article 54**

Pour l'année 2017, 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 207,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 205,9 milliards d'euros.

**Article 55**

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

(En milliards d'euros)

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

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

V. – *(Non modifié)*

**Article 54**  
*(Supprimé)*

**Article 55**  
*(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

V. – *(Non modifié)*

**Article 54**

Pour l'année 2017, 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 207,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 205,9 milliards d'euros.

**Article 55**

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

(En milliards d'euros)

[[Tableau non modifié]]

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

**TITRE V**

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

**Article 56**

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

(En milliards d'euros)

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

**TITRE VI**

**DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES**

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

**Gestion**

**Article 57**

I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « ~~la Caisse~~ des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « ~~la Caisse~~ centrale de la mutualité sociale agricole ».

II. – À la fin du premier alinéa de l'article L. 815-8 du même code, les mots : « ~~la Caisse~~ des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « ~~la Caisse~~ centrale de la mutualité sociale agricole ».

III. – Les modalités du transfert du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées de la Caisse des dépôts et consignations à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sont déterminées par convention entre ces deux organismes.

IV. – Le présent article entre en vigueur selon des modalités et à une date fixées par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

**TITRE V**

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

**Article 56**

*(Supprimé)*

**TITRE VI**

**DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES**

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

**Gestion**

**Article 57**

*(Supprimé)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**TITRE V**

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

**Article 56**

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

(En milliards d'euros)

[[Tableau non modifié]]

**TITRE VI**

**DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES**

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

**Gestion**

**Article 57**

I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « centrale de la mutualité sociale agricole ».

II. – À la fin du premier alinéa de l'article L. 815-8 du même code, les mots : « des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « centrale de la mutualité sociale agricole ».

III. – Les modalités du transfert du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées de la Caisse des dépôts et consignations à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sont déterminées par convention entre ces deux organismes.

IV. – Le présent article entre en vigueur selon des modalités et à une date fixées par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

CHAPITRE II

**Fraude aux prestations**

**Article 59**

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

1° L'article L. 114-12-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à la Caisse des français de l'étranger ainsi qu'à Pôle emploi » ;

b) Au 2°, après les mots : « les collectivités territoriales », sont insérés les mots : « et leurs groupements, ainsi que les métropoles, » ;

c) Après le 4°, est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les entreprises qui fournissent des services faisant l'objet d'une tarification définie par la loi sur la base de ~~critère~~ sociaux, s'agissant des données strictement nécessaires à la mise en œuvre de ces tarifs. » ;

2° L'article L. 114-16 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « elle », la fin est ainsi rédigée : « recueille, à l'occasion de toute procédure judiciaire, de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations et contributions sociales. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'Agence de gestion et de

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

CHAPITRE II

**Fraude aux prestations**

**Article 59**

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

1° (*Non modifié*)

2° (*Alinéa sans modification*)

aa) (*nouveau*) – Les mots : « est habilitée à » sont remplacés par le mot : « doit » ;

a) (*Non modifié*)

b) (*Non modifié*)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

CHAPITRE II

**Fraude aux prestations**

**Article 59**

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

1° L'article L. 114-12-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à la Caisse des français de l'étranger ainsi qu'à Pôle emploi » ;

b) Au 2°, après les mots : « les collectivités territoriales », sont insérés les mots : « et leurs groupements, ainsi que les métropoles, » ;

c) Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les entreprises qui fournissent des services faisant l'objet d'une tarification définie par la loi sur la base de critères sociaux, s'agissant des données strictement nécessaires à la mise en œuvre de ces tarifs. » ;

2° L'article L. 114-16 est ainsi modifié :

aa) (*Supprimé*)

a) Après le mot : « elle », la fin est ainsi rédigée : « recueille, à l'occasion de toute procédure judiciaire, de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations et contributions sociales. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'Agence de gestion et de

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

recouvrement des avoirs saisis et confisqués peut communiquer aux organismes de protection sociale toute information utile à l'accomplissement de leur mission de recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations versées indûment. »

.....

**Texte adopté par le Sénat en première lecture**

II (*nouveau*). – Au ~~quatrième~~ alinéa de l'article 706-161 du code de procédure pénale, après les mots : « sur décision de justice », sont insérés les mots : « ou qui sont susceptibles de l'être ».

.....

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

recouvrement des avoirs saisis et confisqués peut communiquer aux organismes de protection sociale toute information utile à l'accomplissement de leur mission de recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations versées indûment. »

II. – (*Supprimé*)

.....



## ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF

### RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI

<b>Texte de l'Assemblée nationale</b>	<b>Texte du Sénat</b>	<b>Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture</b>
<b>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017</b>	<b>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017</b>	<b>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017</b>
<b>ANNEXE A</b>	<b>ANNEXE A</b>	<b>ANNEXE A</b>
RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2015, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2015	RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2015, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2015	RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2015, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2015

**Texte de l'Assemblée  
nationale**

**Texte du Sénat**

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale en  
nouvelle lecture**

**ANNEXE B**

**ANNEXE B**

**ANNEXE B**

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2017-2020. Ces prévisions s'inscrivent dans l'objectif de retour à l'équilibre des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse, et de la poursuite et de l'accélération de la réduction de la dette sociale.

*(Supprimé)*

**Retour au texte adopté par  
l'Assemblée nationale**

**1. Le projet de loi de  
financement de la sécurité sociale pour  
2017 présente des comptes sociaux  
proches de l'équilibre, sous l'effet  
d'une reprise économique qui se  
confirme et des réformes mises en  
œuvre par le Gouvernement**

*1.1. La reprise économique se  
consolide*

La prévision de croissance du PIB commune au projet de loi de finances et au projet de loi de financement pour 2016 avait été fixée à 1,5 %, celle de la masse salariale à 2,8 % et l'inflation à 1 %.

Dans le Programme de stabilité déposé en avril 2016, le gouvernement avait maintenu à 1,5 % sa prévision de croissance du PIB pour 2016, mais révisé à la baisse les prévisions d'inflation, désormais quasi nulle, et de masse salariale du secteur privé attendue alors en hausse de 2,3 % au lieu de 2,8 %.

La prévision de croissance pour 2016 présentée par le gouvernement dans le cadre du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 est conforme à celle du programme de stabilité (1,5 %). En revanche celle de la masse salariale a été revue à la hausse 2016 : elle s'établirait désormais à 2,6 %, contre 2,3 % prévu dans le programme de stabilité, résultant d'une croissance de l'emploi de 1 % et du salaire moyen de

## Texte de l'Assemblée nationale

## Texte du Sénat

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

1,6 % comme en 2015.

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

Le Haut Conseil des finances publiques a rendu son avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du PLF pour 2017 au conseil des ministres.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PIB volume	0,6%	1,3%	1,5%	1,5%	1,8%	1,9%	1,9%
Masse salariale privée	1,6%	1,7%	2,6%	2,7%	3,6%	3,8%	4,1%
Masse salariale publique	1,7%	1,3%	1,2%	1,9%	1,5%	1,6%	1,8%
ONDAM	2,6%	2,0%	1,8%	2,1%	2,0%	2,0%	2,0%
Inflation	0,4%	0,0%	0,1%	0,8%	1,4%	1,8%	1,8%
Revalorisation des moyens de pension	0,3%	0,0%	0,1%	0,2%	0,7%	1,2%	1,6%

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

*1.2 Cette reprise favorise une amélioration significative du solde des comptes sociaux et un reflux de la dette sociale globale*

Cette reprise économique, permise par les réformes menées par le Gouvernement en matière de

## Texte de l'Assemblée nationale

---

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

Ainsi, en 2017, et en tenant compte des mesures prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, les branches Famille, Vieillesse, et Accident du travail - maladies professionnelles du régime général se trouvent en excédent de respectivement 0,03, 1,6 et 0,7 milliards d'euros. La branche maladie se redresse également avec un déficit limité à 2,6 milliards d'euros. Le solde cumulé du régime général et du fonds de solidarité vieillesse est quant à lui limité à - 4,2 milliards d'euros contre - 17,5 milliards en 2012.

Ce redressement devrait se poursuivre sur les années à venir, avec une situation agrégée du régime général en excédent dès 2018 à 2 milliards d'euros, puis 4,6 milliards en 2019 et 7,4 milliards en 2020, la branche Maladie étant elle-même équilibrée à partir de 2019.

Ce retour à l'équilibre permet de maintenir les plafonds d'emprunt de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale à 33 milliards d'euros pour l'exercice 2017, soit un niveau inférieur à celui de 2015.

Le rééquilibrage du Fonds de solidarité vieillesse est également prévu, avec le début de la réduction de ses dépenses opéré dès 2017 en projet de loi de financement de la sécurité sociale, par un transfert vers les régimes d'assurance vieillesse, à hauteur de 1 milliard d'euros. Cela correspond à un recentrage

## Texte du Sénat

---

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

## Texte de l'Assemblée nationale

## Texte du Sénat

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

du Fonds sur ses missions de financement des dispositifs de solidarité. Le projet prévoit en effet la fin de la prise en charge du minimum contributif par le Fonds d'ici 2020, permettant d'assurer l'équilibre de ses comptes à cette date. Ce transfert de dépense vers le régime Vieillesse est prévu de manière progressive entre 2017 et 2020.

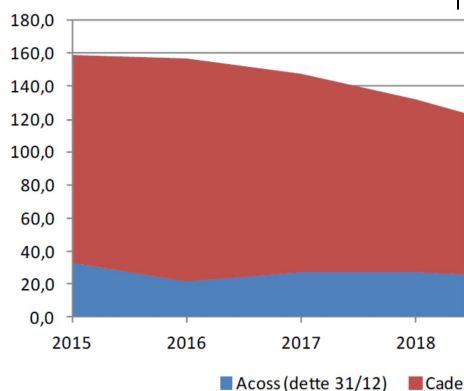
Le retour à l'équilibre des comptes sociaux doit s'accompagner par ailleurs d'une poursuite du désendettement des organismes de sécurité sociale. À la fin 2016, la CADES aura amorti 124,7 milliards d'euros. Le résultat annuel de la caisse d'amortissement de la dette sociale en 2016, qui traduit sa capacité annuelle d'amortissement des déficits passés, couplé aux bons résultats financiers du portefeuille d'actifs du FRR, ont fait plus que couvrir les déficits des régimes nés sur le même exercice, ce qui signifie que la dette sociale a commencé son reflux. Le retour à l'équilibre du régime général puis celui du FSV permettront d'accélérer ce désendettement.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la dette portée par l'ACOSS, qui se réduit sous l'effet des excédents futurs du régime général, et celle portée par la CADES, amortie progressivement par cette dernière, grâce aux ressources qui lui sont affectées, dans le respect des dispositions organiques qui interdisent le report de son horizon d'extinction, et donc oblige à affecter de nouvelles ressources, en cas de nouvelle reprise de dette. La date actuelle estimée d'amortissement complet de la dette portée par cette caisse a été révisée, en LFSS pour 2013, à 2024 au lieu de 2025.

## Texte de l'Assemblée nationale

## Texte du Sénat

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture



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

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

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

Par ailleurs, pour la première fois depuis 2004, la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés connaît en 2016 un excédent, qui augmente encore en 2017 pour atteindre 1,6 milliard d'euros. Ce redressement trouve son origine à la fois dans les réformes structurelles successives qui ont permis de maîtriser l'évolution des dépenses (loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du

## Texte de l'Assemblée nationale

—

système de retraites, modification des conditions de revalorisation des pensions), mais aussi dans les mesures de hausse modérée de cotisations, qui ont garanti la pérennité des régimes de retraites, dans un esprit de responsabilité.

Les excédents de la branche vieillesse permettront notamment de rééquilibrer le fonds de solidarité vieillesse, en absorbant progressivement le financement du minimum contributif d'ici 2020.

Enfin, les montants mis en réserve sur la section 3 du Fonds de solidarité vieillesse au titre du maintien à 65 ans de l'âge de départ à la retraite au taux plein pour les parents de trois enfants ou parents d'enfant handicapé prévu par la LFSS pour 2011 s'avèrent supérieurs aux besoins de financement de ce dispositif.

Cette section devrait disposer d'une réserve de 0,8 milliard d'euros au 31 décembre 2016, alors que le montant cumulé des dépenses qui seront supportées par les régimes n'excède pas 0,2 milliard d'euros. Le PLFSS pour 2017 prévoit donc de supprimer cette section en transférant la charge des prestations aux régimes de base et en réalisant un prélèvement sur l'ensemble des réserves de cette section au profit du régime général

*2.2 La branche maladie du régime général voit son déficit se résorber progressivement, tout en préservant l'accès aux soins*

La fixation d'un ONDAM en progression de 2,1 % par rapport à 2016 demeure un objectif ambitieux puisqu'il s'agit de réaliser 4,1 milliards d'euros d'économies soit 0,7 milliard d'économie de plus qu'en 2016. La construction de l'objectif doit en effet faire face à trois chocs sur les dépenses tendanciennes l'année prochaine : l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale négociée au cours de l'été 2016 et qui prévoit notamment dès l'année

## Texte du Sénat

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

## Texte de l'Assemblée nationale

---

prochaine une importante revalorisation tarifaire, la hausse en deux temps de la valeur du point de la fonction publique ainsi que les mesures concernant la transposition du parcours professionnel carrière et rémunération des fonctionnaires et, enfin, l'impact de l'arrivée sur le marché de médicaments anticancéreux de nouvelle génération.

En réponse à l'accélération de ces dépenses, la construction de l'ONDAM 2017 s'appuie tout d'abord sur la continuité des actions lancées dans le cadre du plan triennal 2015-2017 déclinant la stratégie nationale de santé, avec une intensification du virage ambulatoire et des actions renforcées de maîtrises des dépenses des établissements de santé, notamment via la poursuite de l'optimisation des achats. Il s'agit également de poursuivre les actions de maîtrise médicalisée et d'une manière générale d'un renforcement de la pertinence du recours au système de soins. Enfin, face au défi de coût de l'innovation pharmaceutique pour la sécurité sociale et à la volonté réaffirmée du Gouvernement de garantir l'accès de tous aux thérapies les plus efficaces, le présent projet de loi met en place un Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique. En lissant dans le temps l'impact sur l'ONDAM du coût de ces nouveaux traitements, le Fonds va permettre à l'assurance maladie de continuer à assurer pleinement ses missions dans le respect d'un ONDAM 2017 qui demeure très maîtrisé.

Au-delà du respect de la trajectoire financière de l'ONDAM la modernisation de notre système de santé se poursuit.

Le présent projet de loi procède ainsi à une rénovation du modèle de financement des établissements de santé pour l'adapter aux enjeux actuels de l'offre de soins, en s'appuyant sur les recommandations formulées par le Dr Olivier Véran. Il s'agit notamment de faire évoluer les règles de tarification des activités à la frontière de

## Texte du Sénat

---

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture



## Texte de l'Assemblée nationale

## Texte du Sénat

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

l'hospitalisation de jour et l'activité externe des établissements sanitaires, des activités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) ou des activités hospitalières « isolées » (pour mieux tenir compte de certaines spécificités géographiques) ainsi que de procéder à quelques ajustements sur la montée en charge de la réforme de la tarification des soins de suite et réadaptation adoptée dans la LFSS pour 2016.

L'accent est également placé sur le développement de nouvelles actions de prévention (concernant la prise en charge des jeunes en souffrance psychique). Enfin le présent projet de loi donne toute leur place aux assurés et à leurs représentants via une profonde réforme du financement des associations d'usagers consacrée par la création du Fonds national de la démocratie sanitaire.

### **3. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale porte également des réformes des prélèvements et des prestations visant à les moderniser et à simplifier leur mise en œuvre**

*3.1. La modernisation des prélèvements mise en œuvre dans ce projet de loi vise à les adapter aux nouveaux enjeux économiques, sanitaires et sociaux*

La mise en œuvre du Pacte de responsabilité et de solidarité se poursuit en 2017 en faveur de la compétitivité et de l'emploi par un relèvement du taux du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) de 6 à 7 %, ce qui représente un effort supplémentaire de 4 milliards d'euros.

Pour les travailleurs indépendants qui ne sont pas éligibles au CICE au titre de leur propre rémunération, elle se traduit par une réduction dégressive du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité, actuellement fixé à 6,5 %, pour les travailleurs indépendants

## Texte de l'Assemblée nationale

---

dont les revenus annuels sont inférieurs à 70 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour un coût de 150 millions d'euros, qui s'ajoute à l'exonération de 1 milliard d'euros déjà mise en place en 2015.

Par ailleurs, le développement de l'économie numérique a permis l'émergence de nombreuses plateformes collaboratives dont la caractéristique commune est de proposer la mise à disposition ou l'échange de biens ou de services de pair à pair. Si le seul fait de réaliser des activités par le biais d'une plateforme numérique ne modifie pas la nature même de l'activité et ne doit donc pas impliquer un environnement juridique différent, dans un souci d'équité avec les activités comparables au sein de l'économie traditionnelle, il apparaît toutefois nécessaire de définir une frontière claire entre les revenus du patrimoine et les revenus d'activité, ce qui est opéré dans le projet de loi.

Afin d'accompagner les travailleurs indépendants dans l'application du droit social, les démarches administratives et sociales permettant l'affiliation, l'assujettissement et le recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants ayant recours à ces plateformes d'intermédiation pour des activités de faible volume seront facilitées.

Enfin, la lutte contre le tabagisme est un axe marquant du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Le tabac est l'une des premières causes de mortalité évitable en France. Le Gouvernement institue donc une contribution sociale permettant de faire contribuer l'industrie du tabac aux externalités négatives qu'elle engendre et, en complément de sa politique de santé publique, augmente significativement les droits perçus sur le tabac à rouler afin d'éloigner les jeunes du tabac.

La création d'une taxe assise sur

## Texte du Sénat

---

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

## Texte de l'Assemblée nationale

---

le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de produits du tabac apportera ainsi 130 millions d'euros au fonds de lutte contre le tabagisme. En s'attachant à révéler les capacités contributives des industriels du secteur, cette taxe limitera les possibilités d'optimisation fiscale au sein de ce marché oligopolistique.

La seconde mesure cible le tabac à rouler, produit qui tend à se substituer à la cigarette et dont la fiscalité est pourtant moindre. Cet écart de fiscalité se traduit dans les prix du tabac à rouler, de 26 % inférieurs en moyenne à ceux des cigarettes. Il s'agit d'aligner le poids de la fiscalité sur les produits du tabac à rouler sur celui constaté sur les cigarettes.

*3.2. Différentes réformes visent à simplifier les démarches des assurés et des cotisants*

Le Gouvernement porte une attention constante depuis 2012 à l'amélioration des conditions de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants affiliés au régime social des indépendants (RSI). Très récemment, il a lancé un plan de 20 actions concrètes visant à améliorer durablement les relations entre le RSI et ses plus de 6 millions d'assurés.

Un comité de suivi de ces 20 mesures a été institué, présidé par le député Fabrice Verdier et composé de personnes indépendantes, notamment des assurés eux-mêmes.

Ces actions ont permis de rétablir dans la durée un fonctionnement sécurisé du recouvrement des cotisations sociales, après plusieurs années de dysfonctionnements liées à la mise en place en 2008 de la répartition des compétences entre les réseaux du RSI et des URSSAF dénommée « interlocuteur social unique » (ISU). Cette réforme avait créé une organisation complexe, fondée sur un fractionnement des tâches impraticable entre caisses de base du

## Texte du Sénat

---

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

## Texte de l'Assemblée nationale

## Texte du Sénat

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

RSI et URSSAF. Le cadre d'intervention des deux réseaux tel qu'issu de l'ordonnance portant création de l'« interlocuteur social unique » ne correspond plus ni aux besoins des travailleurs indépendants ni aux pratiques de travail des deux réseaux. Afin de garantir une organisation simple et un pilotage unifié, autour d'une structure unique et dédiée, du recouvrement des cotisations dues par les travailleurs indépendants ainsi qu'une qualité de services suffisante aux assurés, le projet de loi de financement instaure une organisation nouvelle de ce dispositif de recouvrement :

– En supprimant les mécanismes complexes de fractionnement de compétences entre les deux réseaux, pour établir leur coresponsabilité entière sur la totalité des missions de recouvrement des cotisations et contributions des artisans et commerçants ;

– En créant une structure de pilotage national dédiée, conduite par un directeur national, responsable de la performance du recouvrement et de la qualité du service rendu aux cotisants, placé sous l'autorité du directeur général du RSI et du directeur de l'ACOSS et s'appuyant sur des responsables locaux.

Le projet de loi vise également à simplifier l'organisation de la protection sociale pour les professions libérales en faisant progressivement bénéficier les futurs créateurs d'entreprises de la même couverture sociale que les artisans et commerçants, caractérisée par le bénéfice d'indemnités journalières et de droits à retraite plus élevés. Les entrepreneurs actuels relevant des mêmes professions pourront exercer un droit d'option afin de rejoindre cette nouvelle organisation.

*3.3. La lutte contre la fraude et contre le travail dissimulé est renforcée*

La lutte contre la fraude constitue une priorité du gouvernement, en raison

## Texte de l'Assemblée nationale

---

de son coût, mais également car la fraude prive de droit les personnes qui en sont victimes. À cet égard, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 propose différentes évolutions.

Face à l'intervention d'un nombre croissant de travailleurs détachés en France, le gouvernement a souhaité prendre des mesures pour faciliter la vérification de la situation de ces travailleurs au regard de la sécurité sociale. Lorsque les travailleurs relèvent de la législation de sécurité sociale d'un autre État, ces derniers et leur employeur, ainsi que l'éventuel donneur d'ordres doivent être en mesure de produire les formulaires en attestant.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit donc que ces formulaires devront être tenus à disposition des agents en charge de lutte contre le travail dissimulé, sous peine d'une pénalité. Cela permettra d'éviter des procédures longues et inutiles contre des entreprises qui respectent les règles, en poursuivant plus rapidement et efficacement celles qui les méconnaissent.

Le texte vise également à intégrer de nouveaux partenaires pour l'alimentation et la consultation du répertoire national commun de la protection sociale et notamment la Caisse des Français de l'étranger. L'intégration des données détenues par la CFE dans cette base de données permettra d'éviter les doubles rattachements et de garantir la continuité des droits en cas de changement de situation.

Enfin, l'opposition à tiers détenteur initialement créée au bénéfice des organismes de recouvrement est étendue aux branches prestataires du régime général ainsi qu'aux régimes spéciaux. Ces organismes pourront ainsi bénéficier d'une modalité de recouvrement forcé ce qui permettra de sauvegarder certaines créances

## Texte du Sénat

---

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

## Texte de l'Assemblée nationale

frauduleuses pour lesquelles, actuellement les délais de procédure laissent le temps au débiteur d'organiser son insolvabilité.

### Prévisions de recettes et objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et des organismes concourant au financement de ces régimes

#### Recettes, dépenses et soldes du régime général

(en milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2019	2020
--	------	------	------	------	------

#### Maladie

Recettes	195,8	203,2	209,1	215,4	221,9
Dépenses	199,8	205,9	209,9	214,1	218,2
<b>Solde</b>	-4,1	-2,6	-0,9	1,3	3,7

#### AT/MP

Recettes	12,7	12,8	13,8	14,1	14,0
Dépenses	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5
<b>Solde</b>	0,7	0,7	1,6	1,8	1,6

#### Famille

Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53,0
<b>Solde</b>	-1,0	0,0	0,7	0,8	1,0

#### Vieillesse

Recettes	124,0	126,5	129,1	133,4	138,7
Dépenses	122,9	125,0	128,5	132,7	137,6
<b>Solde</b>	1,1	1,6	0,6	0,7	1,1

#### Toutes branches consolidées

Recettes	368,2	379,5	390,3	402,1	415,0
Dépenses	371,6	379,9	388,2	397,5	407,6
<b>Solde</b>	-3,4	-0,4	2,1	4,6	7,4

## Texte du Sénat

## Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture

**Texte de l'Assemblée nationale**

**Texte du Sénat**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

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

(en milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2019	2020
--	------	------	------	------	------

**Maladie**

Recettes	197,0	204,5	210,3	216,6	223,2
Dépenses	201,1	207,1	211,2	215,3	219,5
<b>Solde</b>	-4,0	-2,6	-0,9	1,3	3,7

**AT/MP**

Recettes	14,1	14,2	15,3	15,5	15,5
Dépenses	13,4	13,5	13,6	13,7	13,9
<b>Solde</b>	0,7	0,7	1,7	1,8	1,6

**Famille**

Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53,0
<b>Solde</b>	-1,0	0,0	0,7	0,8	1,0

**Vieillesse**

Recettes	228,3	232,2	236,8	243,5	251,4
Dépenses	227,1	230,6	236,4	243,3	251,3
<b>Solde</b>	1,2	1,6	0,4	0,1	0,1

**Toutes branches consolidées**

Recettes	474,4	487,1	499,9	514,1	529,7
Dépenses	477,6	487,4	498,0	510,1	523,3
<b>Solde</b>	-3,1	-0,3	1,9	4,0	6,4

**Texte de l'Assemblée  
nationale**

**Texte du Sénat**

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale en  
nouvelle lecture**

**Recettes, dépenses et soldes de  
l'ensemble du Fonds de solidarité  
vieillesse**

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



**Texte de l'Assemblée nationale**

**Texte du Sénat**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

**ANNEXE C**

**ANNEXE C**

**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

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

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**

*(Supprimé)*

**Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale**

**Exercice 2017**

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP*	Régimes de base	FSV**	Régimes de base et FSV
Cotisations effectives	91,7	134,1	30,5	13,3	267,8	0,0	267,8
Cotisations prises en charge par l'État	3,1	2,5	0,7	0,1	6,5	0,0	6,5
Cotisations fictives d'employeur	0,4	39,1	0,0	0,3	39,8	0,0	39,8
Contribution sociale généralisée	71,1	0,0	10,2	0,0	81,1	9,6	90,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,3	19,5	7,8	0,0	59,6	6,5	66,1
Charges liées au non recouvrement	-1,1	-0,6	-0,3	-0,2	-2,3	0,0	-2,3
Transferts	3,0	37,4	0,4	0,1	29,1	0,0	10,0
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	3,9	0,3	0,7	0,5	5,4	-0,3	5,2

**Texte de l'Assemblée nationale**

**Texte du Sénat**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture**

Recettes	204,5	232,2	49,9	14,2	487,1	15,7	483,7
----------	-------	-------	------	------	-------	------	-------

\* Accidents du travail-maladies professionnelles.

\*\* Fonds de solidarité vieillesse.

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

**Exercice 2017**

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Familiale	AT-MP*	Régimes de base	FSV**	Régimes de base et FSV
Cotisations effectives	90,9	80,7	30,5	12,4	212,8	0,0	212,8
Cotisations prises en charge par l'État	3,1	2,2	0,7	0,1	6,1	0,0	6,1
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	71,1	0,0	10,2	0,0	81,1	9,6	90,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,3	14,8	7,8	0,0	54,9	6,5	61,3
Charges liées au non recouvrement	-1,1	-0,5	-0,3	-0,2	-2,1	-0,3	-2,4
Transferts	3,0	29,1	0,4	0,0	21,4	0,0	3,9
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	3,9	0,3	0,7	0,5	5,3	0,0	5,3
<b>Recettes</b>	<b>203,2</b>	<b>126,5</b>	<b>49,9</b>	<b>12,8</b>	<b>379,5</b>	<b>15,7</b>	<b>377,6</b>

\* Accidents du travail-maladies professionnelles.

\*\* Fonds de solidarité vieillesse.

**III. – Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires**

*La commission des affaires sociales propose l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable en application de l'article 44, alinéa 3, du Règlement du Sénat.*

**Texte de l'Assemblée  
nationale**

**Texte du Sénat**

**Texte adopté par  
l'Assemblée nationale en  
nouvelle lecture**

**de base de sécurité sociale**

**Exercice 2017**

(en milliards d'euros)

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