



N° 3238

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 novembre 2015.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI, MODIFIÉ PAR LE SÉNAT, *de financement de la sécurité
sociale pour 2016*,

TABLEAU COMPARATIF ANNEXES

PAR M. GÉRARD BAPT, MMES MICHÈLE DELAUNAY,
JOËLLE HUILIER, MM. MICHEL ISSINDOU, DENIS JACQUAT,
ET MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU

Députés.

Voir les numéros :

<i>Assemblée nationale : 1^{ère} lecture :</i>	3106, 3127, 3129 et T.A. 600 .
<i>Commission mixte paritaire :</i>	3222 .
<i>Nouvelle lecture :</i>	3221 .
<i>Sénat : 1^{ère} lecture :</i>	128, 134, 139 et T.A. 37 (2015-2016).
<i>Commission mixte paritaire :</i>	158 et 159 (2015-2016).

TABLEAU COMPARATIF

Texte de l'Assemblée nationale	Texte du Sénat	Propositions de la Commission
<p align="center">PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2016</p> <p align="center">PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014</p>	<p align="center">PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2016</p> <p align="center">PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014</p>	<p align="center">PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2016</p> <p align="center">PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014</p>
<p align="center">DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015</p>	<p align="center">DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015</p>	<p align="center">DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015</p>
<p align="center">Article 4</p> <p>I. – Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, la référence : « et L. 162-18 » est remplacée, deux fois, par les références : « , L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;</p>	<p align="center">Article 4</p> <p>a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :</p> <p>« Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des</p>	<p align="center">Article 4</p> <p>a) Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture</p>

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a 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 au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux mêmes articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution. » ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

Texte de l'Assemblée nationale

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

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

b) Le second alinéa est ainsi modifié :

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

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

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

a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

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

II. – Le I s'applique à compter des contributions et remises dues au titre de 2015.

Texte du Sénat

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

1° La section 3 du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} est abrogée ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 138-10, dans sa rédaction résultant du I du présent article, (deux fois) et à l'article L. 138-11, la référence : « L. 138-19-4 » et les mots : « et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1 » sont supprimés ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, la référence : « L. 138-19-1 » est supprimée ;

Propositions de la Commission

III. – Supprimé

Amendement AS88

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

4° Au troisième alinéa de l'article L. 162-17-4, la référence : « L. 138-19-4 » est supprimée.

IV. – Le III entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

V. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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.

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

TITRE I^{ER}

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

CHAPITRE I^{ER}

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

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

TITRE I^{ER}

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

CHAPITRE I^{ER}

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

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

TITRE I^{ER}

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

CHAPITRE I^{ER}

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

Article 7 bis

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

2° À la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 242-1, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « cinq ».

Article 7 bis

Supprimé

Article 7 bis

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS1

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Article 9

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

1° Le A du III est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

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

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

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

b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Pour les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail et occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance

Article 9

– à la fin de la même phrase, les mots : « à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale à la charge de l'employeur » ; à l'exception des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles » ;

« Pour les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail et occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur à l'exception des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de

Article 9

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte de l'Assemblée nationale

majoré de 40 %. Au delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 130 %. » ;

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

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

« 2° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au dernier alinéa du A en deçà duquel la rémunération est exonérée, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, est égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %. À partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %. » ;

3° Le IV est ainsi modifié :

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

Texte du Sénat

l'employeur à l'exception des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 130 %. » ;

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

Propositions de la Commission

« 1° Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte de l'Assemblée nationale

« Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %. À partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 250 %. » ;

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

4° Le VIII est ainsi rédigé :

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

II. – Le présent article est applicable aux cotisations dues pour la

Texte du Sénat

« Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur à l'exception des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur à l'exception des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %. À partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 250 %. » ;

Propositions de la Commission

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS3

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

—
période courant à compter du
1^{er} janvier 2016.

Article 9 bis

Le IV de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « la Réunion », sont insérés les mots : « , à Saint-Barthélemy » ;

2° Au 2°, après les mots : « entreprises exploitées », sont insérés les mots : « à Saint-Barthélemy ou ».

Article 9 ter

I. – Le I bis de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1°, le montant : « 0,75 » est remplacé par le montant : « 1,50 » et la référence : « aux 2° et » est remplacée par le mot : « au » ;

2° Le 2° est abrogé.

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 9 quater

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 par l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, où l'offre de soins est déficitaire, sont exonérés d'une partie des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale.

Article 9 bis

(Sans modification)

Article 9 ter

Supprimé

Amendement AS4

Article 9 quater

Supprimé

Amendement AS2

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de la sécurité sociale du I ci-dessus 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.

CHAPITRE II
**SIMPLIFICATION DU RECOU-
VREMENT DES COTISATIONS
DUES PAR LES ENTREPRISES ET
LES TRAVAILLEURS NON-
SALARIÉS**

Article 11

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

« Art. L. 133-4-8. – I. – Les redressements opérés dans le cadre d'un contrôle effectué en application des articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime relatif à l'application des règles liées au caractère obligatoire et collectif des systèmes de garanties de protection sociale complémentaire mentionné au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code portent sur le montant global des cotisations dues sur

Article 10 bis

I. – À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « cinq années » sont remplacés par les mots : « six années ».

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée à due concurrence par la majoration des taux des contributions sociales mentionnés à l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE II
**SIMPLIFICATION DU RECOU-
VREMENT DES COTISATIONS
DUES PAR LES ENTREPRISES ET
LES TRAVAILLEURS NON-
SALARIÉS**

Article 11

« Art. L. 133-4-8. – I. – En cas de non-respect des règles d'exclusion de l'assiette des cotisations mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1, le redressement porte sur le montant, dûment justifié par l'employeur, des contributions qu'il aurait dû verser au titre des salariés concernés par le redressement.

Article 10 bis

Supprimé

Amendement AS5

CHAPITRE II
**SIMPLIFICATION DU RECOU-
VREMENT DES COTISATIONS
DUES PAR LES ENTREPRISES ET
LES TRAVAILLEURS NON-
SALARIÉS**

Article 11

« Art. L. 133-4-8. – I. –
**Retour au texte adopté par l'Assemblée
nationale en première lecture**

Texte de l'Assemblée nationale

les contributions que les employeurs ont versées pour le financement de ces garanties.

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

« Le redressement ainsi réduit est fixé à hauteur :

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

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

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

« Le montant du redressement ainsi établi par l'agent chargé du contrôle ne peut être supérieur à celui résultant de l'assujettissement de

Texte du Sénat

Alinéa supprimé

« Le redressement est fixé à :

« 1° Une fois et demie ce montant dans le cas où l'employeur n'est pas en mesure de produire les justificatifs nécessaires ;

« 2° Trois fois ce montant dans les autres cas.

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

Alinéa supprimé

Propositions de la Commission

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 1° Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 2° Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

l'ensemble des contributions de l'employeur au financement du régime.

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

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

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

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

« II. – Le I du présent article n'est pas applicable :

« 1° En cas de non-respect des règles d'ancienneté ;

« 2° Lorsque les salariés concernés sont les cadres dirigeants de l'entreprise ou des salariés dont la rémunération est supérieure à huit fois le plafond de la sécurité sociale ;

« 3° Lorsque l'irrégularité constatée a déjà fait l'objet d'une observation lors d'un précédent contrôle ;

« 4° Lorsque le redressement procède d'un cas d'octroi d'avantage personnel ou d'une discrimination, au sens de l'article 1^{er} de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations ;

« 5° Lorsqu'a été établie, au cours des cinq années précédant l'année où est initié le contrôle :

« – une situation de travail dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

« III. – **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

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

II. – Le présent article s'applique aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2016.

« – une situation d'obstacle à contrôle, mentionné à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

« – une situation d'abus de droit, défini à l'article L. 243-7-2.

« L'agent chargé du contrôle en informe l'employeur, en justifiant sa décision dans le cadre de la procédure de contrôle.

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

Article 11 bis

I. – Après le troisième alinéa de l'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ce taux est également fixé à 8 % pour les versements annuels aux plans d'épargne salariale mentionnés au titre III du livre III de la troisième partie du code du travail effectués par les entreprises qui ne sont pas soumises à l'obligation de mettre en place un dispositif de participation des salariés aux résultats de l'entreprise prévue à l'article L. 3322-2 du même code et qui ouvrent pour la première fois à leurs salariés la possibilité de participer à de tels plans. »

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.

« IV. – **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Amendement AS8

Article 11 bis

Supprimé

Amendement AS6

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

Article 11 ter

I. – La section 4 du chapitre 3 du titre 4 du livre 2 du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 243-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 243-13-1. – En cas de création ou de modification d'un nouveau dispositif ou de nouvelles obligations pour le cotisant ou encore de modification du système existant, et dès lors que l'erreur du cotisant a été commise de bonne foi dans l'année qui suit la mise en application desdits dispositifs ou obligations, aucun redressement n'est opéré pendant cette période si le redressement porte sur une somme inférieure à un montant fixé par décret. L'organisme de recouvrement adresse alors au cotisant ses observations en lui demandant de régulariser sa situation pour l'avenir et dans un délai restreint. Passé ce délai, le cotisant est informé qu'un redressement sera opéré. »

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 11 quater

I. – L'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La contestation de la mise en demeure, prévue à l'article L. 244-2 dans le cadre du contentieux général de la sécurité sociale suspend toute procédure en recouvrement des cotisations. »

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 11 ter

Supprimé

Amendement AS9

Article 11 quater

Supprimé

Amendement AS7

Texte de l'Assemblée nationale

Article 12

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

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

2° Le II est ainsi rédigé :

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

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

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

« La Caisse nationale du régime social des indépendants et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale adoptent une convention relative aux orientations et aux objectifs de qualité de service associés au recouvrement de ces cotisations, ainsi qu'aux modalités selon lesquelles sont suivies les actions de maîtrise des risques, de contrôle et de lutte contre la fraude. Le fonds institué à l'article L. 133-6-6 peut aider au règlement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants

Texte du Sénat

Article 12

Supprimé

Propositions de la Commission

Article 12

I. – Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

II. – Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte de l'Assemblée nationale

appartenant au groupe professionnel des professions libérales. »

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

III. – **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

IV. – **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

V. – **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Amendement AS10

Article 14

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

Article 14

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

Article 14

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte de l'Assemblée nationale

« Par dérogation au I et au premier alinéa du présent II, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts qui relevaient au 31 décembre 2015 du régime défini à l'article L. 131-6-2 du présent code continuent de relever de ce régime jusqu'au 31 décembre 2019, sauf demande contraire. »

Article 14 bis

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

1° Le dernier alinéa du I de l'article L. 136-5, dans sa rédaction résultant de l'article 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, est supprimé ;

2° Le chapitre III du titre Ier du livre II est complété par un article L. 213-4 ainsi rédigé :

Texte du Sénat

1° Au début du premier alinéa, sont ajoutés les mots :

« Sur simple demande adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du présent code, » ;

2° Est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La demande mentionnée au premier alinéa du présent I est adressée au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle pour laquelle le régime prévu au présent article doit être appliqué ou, en cas de création d'activité au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de la création. Elle s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions. »

Article 14 bis

1° bis Au 2° de l'article L. 213-1, les mots : « et membres des professions libérales » sont remplacés par les mots : « des professions non agricoles et les travailleurs indépendants non agricoles » ;

Propositions de la Commission

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Alinéa supprimé

2° Supprimé

Amendement AS13

Article 14 bis

(Sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

« Art. L. 213-4. - Les cotisations et contributions mentionnées aux 2°, 4° et 5° de l'article L. 213-1 dues au titre des personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins sont recouvrées et contrôlées par une union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée par le directeur général de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;

3° L'article L. 241-6-2, dans sa rédaction résultant de l'article 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 précitée, est abrogé ;

4° À la fin du 6° de l'article L. 752-4, dans sa rédaction résultant de l'article 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 précitée, les mots : « gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins » sont remplacés par les mots : « mentionné à l'article L. 213-4 ».

II. – Le code du travail, dans sa rédaction résultant de l'article 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 précitée, est ainsi modifié :

1° Le f de l'article L. 5427-1 est abrogé ;

2° Aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 6331-53, les mots : « gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins » sont remplacés par les mots : « mentionné à l'article L. 213-4 du code de la sécurité sociale ».

III. – À la fin du troisième alinéa du IV de l'article 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, les mots : « l'Établissement national des invalides de la marine » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article L. 213-4 du code de la sécurité sociale ».

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

Article 14 ter

I. – Le VII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« VII. – Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-5 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, si aucun manquement relatif à cette obligation n'a été constaté lors d'un précédent contrôle au cours des six années civiles précédentes, le montant de l'exonération est diminué d'un montant de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Si au moins un manquement relatif à cette obligation a été constaté lors d'un précédent contrôle au cours de cette même période, il est diminué d'un montant de 100 % au titre des rémunérations versées cette même année.

« Dans le cas où la périodicité de la négociation sur les salaires effectifs a été portée à une durée supérieure à un an en application de l'article L. 2242-20 du code du travail, le premier alinéa du présent VII n'est pas applicable pendant la durée fixée par l'accord. Au terme de cette durée ou si une organisation signataire a demandé que cette négociation soit engagée sans délai, lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-5 du même code, dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 dudit

Texte du Sénat

Article 14 ter

I. – Après l'article L. 2242-5 du code du travail, il est inséré un article L. 2242-5-1 ainsi rétabli :

« Art. L. 2242-5-1. –
L'employeur qui n'a pas rempli l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-5 dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 est soumis à une pénalité. Si aucun manquement relatif à cette obligation n'a été constaté lors d'un précédent contrôle au cours des six années civiles précédentes, la pénalité est plafonnée à un montant équivalent à 10 % des exonérations de cotisations sociales mentionnées à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale au titre des rémunérations versées chaque année où le manquement est constaté, sur une période ne pouvant excéder trois années consécutives à compter de l'année précédant le contrôle. Si au moins un manquement relatif à cette obligation a été constaté lors d'un précédent contrôle au cours des six années civiles précédentes, la pénalité est plafonnée à un montant équivalent à 100 % des exonérations de cotisations sociales mentionnées à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale au titre des rémunérations versées chaque année où le manquement est constaté, sur une période ne pouvant excéder trois années consécutives comprenant l'année du contrôle.

Propositions de la Commission

Article 14 ter

I. – **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

code, il est fait application du premier alinéa du présent VII.

« Pour l'application des deux premiers alinéas du présent VII, l'autorité administrative compétente de l'État est saisie par l'organisme de recouvrement afin d'apprécier, dans des conditions fixées par décret, la conformité de la situation de l'employeur aux obligations mentionnées aux mêmes alinéas, en tenant compte des circonstances ayant conduit au manquement. »

II. – Le VII de l'article 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en oeuvre du pacte de relance pour la ville est ainsi rédigé :

« VII. – Le VII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est applicable à cette exonération. »

III. – Le troisième alinéa du VII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 et le dernier alinéa du 5 du VI de l'article 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008 sont ainsi rédigés :

« Le VII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est applicable à cette exonération. »

« Lorsque l'autorité administrative compétente constate le manquement mentionné au premier alinéa, elle fixe le montant de la pénalité en tenant compte notamment des efforts constatés pour ouvrir les négociations, de la situation économique et financière de l'entreprise, de la gravité du manquement et des circonstances ayant conduit au manquement, dans des conditions fixées par décret.

La pénalité est recouvrée dans les conditions prévues à la section 1 du chapitre VII du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale.

« Le produit de la pénalité est affecté au régime général de sécurité sociale, selon les mêmes modalités que celles retenues pour l'imputation de la réduction mentionnée à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

II. – Le VII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est supprimé.

« VII. – Les dispositions de l'article L. 2242-5-1 du code du travail sont applicables à cette exonération. »

IV. – Le troisième alinéa du VII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, le dernier alinéa du 5 du VI de l'article 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008, le second alinéa du I de l'article L. 131-4-2 et le V bis de l'article L. 752-3-1 du code de la sécurité sociale sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions de l'article L. 2242-5-1 du code du travail sont applicables à cette exonération. »

II. – Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

III. – Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

IV. – Les I à III s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2016, y compris pour les contrôles avant cette date. Pour les contrôles clos avant le 1^{er} janvier 2016 et lorsque les sommes dues n'ont pas un caractère définitif, il peut être fait application par l'organisme de recouvrement du dernier alinéa du VII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

V. – Les VII, VIII et IX de l'article 19 de la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi sont abrogés.

VI. – Les I à V du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2016.

V. – **Supprimé**

IV. – **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Amendement AS14

Article 14 septies

I. – L'article L. 613-7-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« I. – Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont redevables des cotisations et contributions de sécurité sociale sans application du montant minimal de cotisations et de contributions de sécurité sociale mentionné au deuxième alinéa du I du même article. » ;

Article 14 septies

I. – Les deuxième et dernier alinéas du 6° du I de l'article 26 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

Alinéa supprimé

« Art. L. 613-7-1. – Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, les personnes mentionnées aux articles L. 613-7 et L. 842-1 et à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles sont redevables des cotisations et contributions de sécurité sociale sans application des montants minimaux de cotisations prévus, pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, au deuxième alinéa des articles L. 612-13 et L. 633-10, au quatrième alinéa de l'article L. 635-1 et au dernier alinéa de l'article L. 635-5 du présent code et, pour les professions libérales, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, aux articles L. 644-1 et L. 644-2 du présent code. »

Article 14 septies

(Sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

2° Le II est complété par les mots : « et à l'article L. 842-1 du présent code ».

II. – Après le 12° de l'article L. 611-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 13° ainsi rédigé :

« 13° De mettre en oeuvre les traitements de données à caractère personnel permettant, en application de l'article L. 114-12, la communication par les organismes de sécurité sociale participant à la gestion de leurs assurés des informations nécessaires à l'exercice de ses missions. »

III. – Le I du présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016.

Texte du Sénat

I bis. – Le 6° du I de l'article 9 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 est abrogé.

II bis. – Les 4° et 5° de l'article L. 5141-1 du code du travail sont ainsi rétablis :

« 4° Les personnes âgées de 18 ans à moins de 26 ans ;

« 5° Les personnes de moins de 30 ans handicapées mentionnées à l'article L. 5212-13 ou qui ne remplissent pas la condition de durée d'activité antérieure pour ouvrir des droits à l'allocation d'assurance mentionnée à l'article L. 5422-1 ; ».

III. – Le I du présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016 et le II bis est applicable aux cotisations et aux contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2015.

Propositions de la Commission

Article 14 nonies

I. – Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale sont supprimés.

Article 14 nonies

Supprimé

Amendement AS12

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

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 14 decies

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités de gestion et de prise en charge des travailleurs indépendants par la caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy.

Article 14 decies

Supprimé

Amendement AS11

CHAPITRE III

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

CHAPITRE III

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

CHAPITRE III

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

Article 15

Article 15

Article 15

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

1° L'article L. 136-6 est ainsi modifié :

a) Le I bis est abrogé ;

b) À la première phrase du premier alinéa du III, le mot : « à » est remplacé par le mot : « et » ;

2° L'article L. 136-7 est ainsi modifié :

a) Le I bis est abrogé ;

b) Le deuxième alinéa du 1. du VI est supprimé ;

3° La deuxième phrase de l'article L. 245-14 est supprimée ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 245-15, la deuxième occurrence du mot : « à » est remplacée par le mot : « et ».

I A. – **Supprimé**

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

I B. – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :

I B. – **Supprimé**

1° La seconde phrase du premier alinéa du I de l'article 15 est supprimée ;

2° À la première phrase du I de l'article 16, les références : « aux I et I bis » sont remplacées par la référence : « au I ».

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

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

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

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, le taux : « 53,5 % » est remplacé par le taux : « 61,1 % » ;

b) Au troisième alinéa, le taux : « 18 % » est remplacé par le taux : « 19,2 % » ;

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

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

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

2° Le 7° est ainsi modifié :

Texte de l'Assemblée nationale

a) Au b, le taux : « 8,97 % » est remplacé par le taux : « 9,19 % » ;

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

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

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

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

« I. – La première section retrace :

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

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

« 6° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et, selon des modalités de calcul fixées par décret, les sommes représentatives de la prise en compte au titre de la durée d'assurance, par le régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale mentionné à l'article 5 de cette ordonnance, des périodes définies à l'article 8 de ladite ordonnance ;

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

« II. – La deuxième section retrace :

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

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

« III. – La troisième section retrace le montant, fixé par décret, des versements au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les

Texte du Sénat

« 10° **Supprimé**

Propositions de la Commission

« 10° **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Texte de l'Assemblée nationale

dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

« Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale.

Propositions de la Commission

Alinéa supprimé

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

1° Le IV est ainsi modifié :

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

b) Au 1°, le taux : « 0,87 % » est remplacé par le taux : « 0,85 % » ;

c) Les 2° et 3° sont abrogés ;

d) Le 4° est ainsi modifié :

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

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

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

– le c est abrogé ;

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

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

3° Le V est ainsi modifié :

a) Les 2° et 3° sont abrogés ;

b) Le 4° est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

1° Le deuxième alinéa est supprimé ;

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

3° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

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

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

1° Au 1°, le taux : « 13,3 % » est remplacé par le taux : « 27,3 % » ;

2° Le 3° est abrogé.

II. – Après le mot : « affecté », la fin du IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts est ainsi rédigée : « au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale. »

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

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

1° Le 3° est ainsi rédigé :

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

2° Le 4° est abrogé ;

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

3° Le dernier alinéa du III est supprimé ;

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

IV. – L'article 6 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

1° Au 2°, la référence : « au IV » est remplacée par les références : « aux IV et IV bis » ;

2° Le 3° est abrogé.

V. – Le VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 est abrogé.

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

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

Texte du Sénat

5° Au premier alinéa du VI, les références : « , 3° et 4° » sont remplacées par la référence : « et 3° ».

VI. – L'article 2 et le 5° de l'article 4 de l'ordonnance n° 2015-896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sont abrogés.

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

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

VII ter. – Le 1° du I de l'article 148 de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques est abrogé.

Propositions de la Commission

5° **Supprimé**

VI. – Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

VII. – Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

VII bis. – **Supprimé**

VII ter. – **Supprimé**

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

VIII. – A. – Les B, G, J et K du I ainsi que les II à IV s'appliquent aux produits des impositions assises sur les opérations dont le fait générateur intervient à compter du 1^{er} janvier 2016, à l'exception des dispositions relatives aux impositions sur les revenus du patrimoine qui s'appliquent aux produits recouverts par la voie des rôles émis à compter du 1^{er} janvier 2016.

A bis. – Le A du I s'applique à compter du 1^{er} avril 2016.

B. – Les autres dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2016.

IX. – Les 1^o et 3^o du IA et le 1^o du IB s'appliquent aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2015.

X. – Les 2^o et 4^o du IA et le 2^o du IB s'appliquent aux plus-values réalisées au titre des cessions intervenues à compter du 1^{er} janvier 2015.

XI. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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.

IX. – Supprimé

X. – Supprimé

XI. – Supprimé

Amendement AS20

CHAPITRE IV

Dispositions relatives à l'architecture financière de la sécurité sociale

Article 18 A

I. – L'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale bénéficie aux personnes exerçant une activité économique 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.

CHAPITRE IV

Dispositions relatives à l'architecture financière de la sécurité sociale

Article 18 A

CHAPITRE IV

Dispositions relatives à l'architecture financière de la sécurité sociale

Article 18 A

(Sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

II. – 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, la durée maximale de l'affiliation prévue au I ainsi que les conditions d'agrément et de rémunération des associations. Il fixe également le montant des revenus tirés de l'activité visée en deçà duquel est ouvert le bénéfice de l'affiliation prévue au I.

III. – Le présent article est applicable à compter du 1^{er} janvier 2016 et jusqu'au 31 décembre 2018, quelle que soit la date à laquelle le contrat d'accompagnement a été conclu durant cette période.

IV. – Dans un délai de six mois avant l'expiration du dispositif, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation.

Article 18 B

Le II de l'article 10 de la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social est ainsi modifié :

1° Les mots : « au 1^{er} juillet de l'année en cours » sont supprimés ;

2° Les mots : « d'assurance maladie-maternité et d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale dont relèvent les travailleurs indépendants ».

Article 18

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

1° Les salariés et anciens salariés, ainsi que leurs ayants droits, qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie, maternité et

Texte du Sénat

IV. – Avant le 1^{er} septembre 2016, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation.

Article 18 B

2° Les mots : « aux régimes d'assurance maladie-maternité et d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés » sont remplacés par les mots : « au régime de sécurité sociale dont relèvent les travailleurs indépendants ».

Article 18

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

1° Les salariés et anciens salariés du grand port maritime de Bordeaux, ainsi que leurs ayants droit, sont, pour les risques maladie, maternité et décès

Propositions de la Commission

Article 18 B

(Sans modification)

Article 18

(Sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

décès du grand port maritime de Bordeaux sont, pour les risques que ce régime couvre, affiliés ou pris en charge, à l'exception des prestations en espèces prévues aux articles L. 321-1 et L. 331-3 du code de la sécurité sociale, par le régime général de sécurité sociale, dans la limite des règles qui lui sont propres. Le premier alinéa de l'article L. 131-9 du même code leur demeure applicable ;

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

II. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de mise en œuvre du transfert prévu au I, notamment les adaptations des règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres I^{er} à III et VI du livre III du code de la sécurité sociale rendues nécessaires par ce transfert.

Un décret fixe, pour une période transitoire ne pouvant excéder sept ans à compter de la date de transfert mentionnée au premier alinéa du I, le taux des cotisations dues chaque année par le grand port maritime de Bordeaux, à raison de l'affiliation au régime général de sécurité sociale des assurés qui relevaient antérieurement de ce régime spécial, permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation mentionné à l'article L. 712-9 du code de la sécurité sociale.

Texte du Sénat

antérieurement couverts par le régime spécial du grand port maritime de Bordeaux, affiliés ou pris en charge, à l'exception des prestations en espèces prévues aux articles L. 321-1 et L. 331-3 du code de la sécurité sociale, par le régime général de sécurité sociale, dans la limite des règles qui lui sont propres. Le premier alinéa de l'article L. 131-9 du même code leur est applicable ;

Un décret pris après consultation des organisations syndicales représentatives des salariés du port et après avis du conseil de surveillance du grand port maritime de Bordeaux, détermine, pour une période transitoire ne pouvant excéder dix ans à compter de la date de transfert mentionnée au premier alinéa du I, le taux des cotisations dues chaque année par le grand port maritime de Bordeaux, à raison de l'affiliation au régime général de sécurité sociale de ses salariés, permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation mentionné à l'article L. 712-9 du code de la sécurité sociale. Ce décret fixe l'échelonnement du taux des cotisations en tenant compte de l'impact de l'intégration du régime spécial mentionné au I sur les prestations

Propositions de la Commission

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

spécifiques versées antérieurement à la date du transfert en complément des prestations mentionnées à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et sur la couverture complémentaire des salariés du grand port maritime de Bordeaux mentionnée à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Les organisations syndicales représentatives des salariés du grand port maritime de Bordeaux sont également consultées sur les modalités de gestion des prestations servies aux salariés du grand port maritime de Bordeaux, ainsi que sur la situation des salariés de la Caisse de prévoyance du port de Bordeaux. Les salariés de la Caisse de prévoyance du port de Bordeaux dont l'emploi ne serait pas maintenu compte tenu du transfert du régime spécial mentionné au I au régime général sont réintégrés au sein du grand port maritime de Bordeaux. À leur demande, leur contrat de travail peut être repris par la caisse primaire d'assurance maladie de Gironde.

Une négociation est engagée par le grand port maritime de Bordeaux en vue de déterminer les modalités de versement des prestations spécifiques qui intervenaient antérieurement à la date du transfert en complément des prestations mentionnées à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale. Celles-ci peuvent, le cas échéant, être prises en charge dans le cadre de la couverture mentionnée à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. À défaut d'accord d'entreprise à la date du transfert fixé au I, ces modalités sont définies par décision unilatérale de l'employeur.

Article 19

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

« 33° Dans le respect de la convention du travail maritime

Article 19

Supprimé

Article 19

(Suppression maintenue)

Texte de l'Assemblée nationale

(ensemble quatre annexes), adoptée à Genève le 7 février 2006, les gens de mer salariés, sous réserve qu'ils ne soient pas affiliés au régime spécial de sécurité sociale des marins, qui sont employés à bord d'un navire battant pavillon d'un État étranger autre qu'un navire dans le cas mentionné au 34° et qui résident en France de manière stable et régulière, sous réserve qu'ils ne soient pas soumis à la législation de sécurité sociale d'un État étranger, en application des règlements de l'Union européenne ou d'accords internationaux de sécurité sociale ;

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

Article 20

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

A. – Le chapitre IV est ainsi modifié :

1° La section 1 est ainsi modifiée :

a) L'intitulé est ainsi rédigé :
« Relations financières entre les régimes d'assurance vieillesse » ;

b) Il est ajouté un article L. 134-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 134-3. – Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et des produits :

« 1° Des branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 611-2 ;

Texte du Sénat

Article 20

Propositions de la Commission

Article 20

(Sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

« 2° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ;

« 3° Des risques vieillesse et veuvage de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime.

« Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 2° du présent article.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article » ;

2° La section 2 est ainsi modifiée :

a) L'intitulé est ainsi rédigé :
« Relations financières entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et les autres régimes » ;

b) La division et l'intitulé de la sous-section 1 sont supprimés ;

b bis) L'article L. 134-3 est abrogé ;

c) L'article L. 134-4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 134-4. – Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et produits :

« 1° De la branche mentionnée au 1° de l'article L. 611-2 ;

« 2° De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des charges relatives aux indemnités journalières mentionnées aux articles L. 732-4 et L. 762-18-1 du même code et des frais de gestion et de contrôle médical associés à ces indemnités ainsi que des produits relatifs aux cotisations qui couvrent ces indemnités et ces frais ;

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

« 3° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime ;

« 4° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès des régimes mentionnés à l'article L. 711-1 du présent code ; pour ces régimes, il est fait un suivi des dépenses n'entrant pas dans le champ de l'article L. 160-1.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. » ;

d) L'article L. 134-5 est abrogé ;

3° La section 3 est ainsi modifiée :

a) L'intitulé est ainsi rédigé :
« Relations financières entre régimes au titre de la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles » ;

b) L'article L. 134-5-1 est abrogé ;

c) Les articles L. 134-7, L. 134-8, L. 134-10, L. 134-11 et L. 134-15 sont transférés dans cette section ;

4° L'article L. 134-6 devient l'article L. 721-2 du code rural et de la pêche maritime et est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés et, après les mots : « sont retracés », sont insérés les mots : « , dans les conditions fixées aux articles L. 134-3 et L. 134-4 du code de la sécurité sociale, » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

5° La division et l'intitulé de la section 4, des sous-sections 1 et 2 de la section 4 et des sections 4 *bis*, 5 et 7 sont supprimés ;

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

6° Les articles L. 134-11-1, L. 134-12 et L. 134-13 sont abrogés ;

B. – Le chapitre IX est abrogé.

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

A. – Les deux premiers alinéas de l'article L. 221-1 sont ainsi rédigés :

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

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

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

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

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

3° L'article L. 241-1 est abrogé ;

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

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

« I. – La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1, des prestations mentionnées aux titres II à IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

ressources mentionnées au II à IV, centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations.

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

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

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

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

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

b) Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés ;

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

d) Le 8° est ainsi rédigé :

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

e) Il est ajouté un 9° ainsi rédigé :

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

4° bis Au 1° de l'article L. 242-10, les mots : « deuxième alinéa » sont remplacés par la référence : « 1° du III » ;

Texte du Sénat

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

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

A. – L'article L. 380-1 est abrogé ;

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

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

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

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

6° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

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

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

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

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

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

« 3° Exercer une activité professionnelle. »

III bis. – À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 382-15 du même code, la référence : « l'article L. 380-1 » est remplacée par les mots : « la condition de résidence mentionnée à l'article L. 160-1 ».

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

1° Au 1°, la référence : « L. 612-4, » est supprimée ;

2° Au 2°, la référence : « du deuxième alinéa de l'article L. 612-4, » est supprimée.

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

V. – Le deuxième alinéa de l'article L. 612-4 du même code est supprimé.

VI. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 613-8 du même code, après le mot : « doit », sont insérés les mots : « justifier d'une période minimale d'affiliation ainsi que du paiement d'un montant minimal de cotisations et ».

VII. – La seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 713-21 et la seconde phrase de l'article L. 715-2 du même code sont supprimées.

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

1° À la première phrase du 3° du I de l'article L. 722-5 et au second alinéa de l'article L. 722-6, les mots : « aux cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité » sont remplacés par les mots : « à la cotisation d'assurance vieillesse prévue au 1° de l'article L. 731-42 » ;

1° bis À la fin du 2° de l'article L. 731-2, les mots : « déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code » sont remplacés par les mots : « en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime » ;

2° À l'article L. 731-11, les mots : « maladie, » et « , maternité » sont supprimés ;

3° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 731-35 est ainsi rédigée :

« Leurs taux sont fixés par décret. »

IX. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reprend les déficits constatés au 31 décembre 2015 du régime d'assurance maladie de la Caisse autonome nationale de la sécurité

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

sociale dans les mines selon des modalités fixées par décret.

X. – Les I à III, VI, VII et IX entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Les IV, V et VIII s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016.

CHAPITRE V

Dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie

Article 21

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

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

2° Il est rétabli un chapitre IV ainsi rédigé :

« Chapitre IV

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

« Art. L. 864-1. – Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 les contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, les contrats collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé, sélectionnés dans le cadre de la procédure prévue à l'article L. 864-2, respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et souscrits auprès d'un des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 par des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans.

Texte du Sénat

CHAPITRE V

Dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie

Article 21

Supprimé

Propositions de la Commission

CHAPITRE V

Dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie

Article 21

I. – Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte de l'Assemblée nationale

« Le montant annuel du crédit d'impôt est égal à 2 % des primes, hors taxes, acquittées par les personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. Les modalités d'imputation de ce crédit d'impôt, dont le montant ne peut dépasser, pour chaque échéance, celui de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4, sont définies par décret en Conseil d'État.

« Les dispositions du présent article ne sont pas cumulables avec celles des articles L. 861-1 et L. 863-1.

« Art. L. 864-2. – La procédure mentionnée à l'article L. 864-1 vise à sélectionner des offres, aux fins de leur conférer un label, proposant aux personnes mentionnées au même article des contrats dont les garanties, définies par décret en Conseil d'État, respectent les conditions fixées à l'article L. 871-1. La sélection tient compte du montant des primes et cotisations prévues dans les offres au regard de ces garanties.

« La sélection fait également intervenir des critères, définis par ce même décret, relatifs à la qualité des services offerts aux assurés.

« Le décret mentionné au premier alinéa du présent article détermine les règles régissant la procédure, dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination.

« Il fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection des offres permettant d'établir la notation ainsi que les pondérations relatives au critère mentionné à la seconde phrase du premier alinéa et celles relatives aux critères mentionnés au deuxième alinéa. Il définit les conditions dans lesquelles une offre peut être rejetée au motif que sa viabilité financière ne pourrait être garantie sur la durée de la période de sélection au

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

regard, notamment, des caractéristiques de la population éligible.

« La liste des offres ainsi sélectionnées est rendue publique.

« Le montant des cotisations et des primes qui figure dans l'offre proposée doit être maintenu pendant toute la durée de la période couverte par la procédure de sélection. Les cotisations ou primes peuvent toutefois être revalorisées chaque année, sous réserve que cette revalorisation ne dépasse pas l'évolution annuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixée par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année antérieure. Cette revalorisation s'applique aux cotisations et primes hors taxe. »

II. – Les articles L. 864-1 et L. 864-2 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du I, s'appliquent aux contrats prenant effet à compter du 1^{er} avril 2017.

Article 22

I. – Après les mots : « que ces garanties », la fin du 2^o de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « soient conformes

Texte du Sénat

Article 21 bis

I. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « majoré de 35 % », sont insérés les mots : « pour les personnes âgées de moins de soixante-cinq ans et de 42 % pour les personnes âgées de soixante-cinq ans et plus ».

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 visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 22

Propositions de la Commission

II. – **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Amendement AS97

Article 21 bis

Supprimé

Amendement AS98

Article 22

Texte de l'Assemblée nationale

aux dispositions de l'article L. 871-1. Les dispositions du sixième et du présent alinéas sont applicables aux versements de l'employeur mentionnés à l'article L. 911-7-1. »

II. – L'article L. 911-7 du même code est ainsi modifié :

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

2° Le II est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase du cinquième alinéa est supprimée ;

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

c) Le dernier alinéa est ainsi modifié :

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

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

– la seconde phrase est supprimée ;

d) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les salariés peuvent se dispenser, à leur initiative, de cette couverture s'ils remplissent les conditions mentionnées au II de l'article L. 911-7-1.

Texte du Sénat

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

« Les salariés peuvent se dispenser, à leur initiative, de cette couverture s'ils remplissent les conditions mentionnées au II de l'article L. 911-7-1 lorsqu'ils ne sont pas couverts par un accord prévu au IV du même article L. 911-7-1.

Propositions de la Commission

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte de l'Assemblée nationale

« Un décret fixe, en outre, les catégories de salariés pouvant être dispensés, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. »

III. – Après l'article L. 911-7 du même code, il est inséré un article L. 911-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 911-7-1. – I. – La couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par ce contrat est inférieure aux seuils mentionnés aux II et III est organisée dans les conditions fixées par le présent article.

« II. – Les salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par ce contrat est inférieure à des seuils fixés par décret ont droit, à leur demande, au versement par leur employeur d'une somme représentative du financement résultant de l'application des articles L. 911-7 et L. 911-8, et qui s'y substitue alors.

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

« Un décret détermine les modalités selon lesquelles est fixé le

Texte du Sénat

« II. – Les salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par ce contrat est inférieure à des seuils fixés par décret, lorsqu'ils ne sont pas couverts par un accord prévu au IV, ont droit, à leur demande, au versement par leur employeur d'une somme représentative du financement résultant de l'application des articles L. 911-7 et L. 911-8, et qui s'y substitue alors.

Propositions de la Commission

« II. – Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte de l'Assemblée nationale

montant de ce versement, en fonction du financement mis en œuvre en application des articles L. 911-7 et L. 911-8, de la durée du contrat et de la durée de travail prévue par celui-ci.

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

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

IV. – Le I de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa des A et B, les mots : « pour la couverture minimale mentionnée au II » sont remplacés par les mots : « celles mentionnées aux II et III » ;

2° Le 4° du A est abrogé.

V. – A. – Les I à IV entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

B. – Jusqu'au 31 décembre 2016, l'employeur peut, par décision

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

« IV. – Un accord de branche peut déroger aux I à III, soit en prévoyant que la couverture des risques à titre obligatoire concerne l'ensemble des salariés, quelle que soit la durée de travail ou la durée du contrat, soit en fixant des seuils de durées de contrat ou de durées de travail inférieurs à ceux pris en application du décret mentionné au II. »

« IV. – **Supprimé**

Amendement AS100

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

unilatérale, assurer la couverture en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés mentionnés au III de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues au II du même article.

Le premier alinéa du présent B n'est pas applicable lorsque les salariés mentionnés au III dudit article L. 911-7-1 sont déjà couverts à titre collectif et obligatoire en application de l'article L. 911-1 du même code.

Article 24

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

Article 24

I. – Pour l'année 2016, le taux L mentionné aux articles L. 138-10 et L. 138-12 du code de la sécurité sociale est fixé à -1 %.

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 24

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

II. – Supprimé

Amendement AS89

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

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

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

Article 26

Pour l'année 2016, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par 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 :

Article 26

Supprimé

Article 26

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS17

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	194,9	201,1	-6,2
Vieillesse	228,7	227,8	0,9
Famille	48,8	49,6	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,0	13,4	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	472,8	478,3	-5,6

Article 26 bis

Article 26 bis

Dans un délai de six mois après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le transport des enfants décédés de cause médicalement inexpliquée vers les centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson en vue de rechercher la cause du décès.

Supprimé

Amendement AS92

Article 27

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

Article 27

Supprimé

Article 27

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS18

(En milliards d'euros)

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

Article 28

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

Article 28

I. – Supprimé

Article 28

I. – Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS84

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,4	20,1	-3,7

II. – Pour l'année 2016, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 14,2 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2016, 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 2016, 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	0
Total	0

Article 30

Article 30

Article 30

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

Supprimé

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS19

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
DÉPENSES POUR L'EXERCICE
2016

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
DÉPENSES POUR L'EXERCICE
2016

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
DÉPENSES POUR L'EXERCICE
2016

TITRE I^{ER}
**DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE FAMILLE**

TITRE I^{ER}
**DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE FAMILLE**

TITRE I^{ER}
**DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE FAMILLE**

Article 34

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

TITRE II
**DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE VIEILLESSE**

Article 33 bis

Le deuxième alinéa de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Article 34

Supprimé

TITRE II
**DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE VIEILLESSE**

Article 33 bis

Supprimé

Amendement AS72

Article 34

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS69

TITRE II
**DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE VIEILLESSE**

Article 36

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

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

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

Article 36

Supprimé

Article 36

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS86

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

Article 36 bis A

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « soixante-deux » sont remplacés par les mots : « soixante-trois » et la date : « 1955 » est remplacée par la date : « 1957 » ;

b) Au deuxième alinéa, la date : « 1955 » est remplacée par la date : « 1957 » et la date : « 1954 » est remplacée par la date : « 1956 » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« À raison de six mois par génération pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1955 et le 31 décembre 1956. » ;

2° L'article L. 351-8 est ainsi modifié :

a) Au 1°, après le mot : « assurés » sont insérés les mots : « , nés entre le 1^{er} janvier 1951 et le 31 décembre 1955, » ;

b) Après le 1°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 1° bis A Les assurés, nés après le 1^{er} janvier 1956, qui atteignent l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 augmenté de quatre années et six mois ;

« 1° bis B Les assurés, nés après le 1^{er} janvier 1957, qui atteignent l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 augmenté de quatre années ; ».

Article 36 bis A

Supprimé

Amendement AS87

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

Article 36 sexies A

La première phrase du 5° de l'article L. 742-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Après le mot : « affiliés », sont insérés les mots : « en dernier lieu et » ;

2° Elle est complétée par les mots : « , ne peuvent prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale ».

Article 36 sexies A

(Sans modification)

Article 36 sexies

L'article 19 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite est complété par un XI ainsi rédigé :

« XI. – Un décret fixe les modalités particulières d'application du présent article pour les anciens agents, relevant du régime de retraite des mines, d'une des entreprises minières ou ardoisières mentionnées au titre I^{er} de la loi n° 2004-105 du 3 février 2004 portant création de l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs et diverses dispositions relatives aux mines, lorsque l'entreprise a cessé définitivement son activité ou a été mise en liquidation avant le 31 décembre 2015. »

Article 36 sexies

« XI. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités particulières d'application du présent article pour les anciens agents, relevant du régime de retraite des mines, d'une des entreprises minières ou ardoisières mentionnées au titre I^{er} de la loi n° 2004-105 du 3 février 2004 portant création de l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs et diverses dispositions relatives aux mines, lorsque l'entreprise a cessé définitivement son activité ou a été mise en liquidation avant le 31 décembre 2015. »

Article 36 sexies

(Sans modification)

Article 36 septies

Avant le 1^{er} juillet 2016, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de revalorisation du montant de la pension de retraite du régime des cultes.

Article 36 septies

Article 36 septies

(Sans modification)

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

TITRE III

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

TITRE III

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

TITRE III

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

Article 38

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

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

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

TITRE IV

**DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE MALADIE**

CHAPITRE I^{ER}

Amélioration de l'accès aux droits

Article 39

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

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

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

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

Article 38

Supprimé

TITRE IV

**DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE MALADIE**

CHAPITRE I^{ER}

Amélioration de l'accès aux droits

Article 39

Article 38

**Retour au texte adopté par
l'Assemblée nationale en première
lecture**

Amendement AS21

TITRE IV

**DISPOSITIONS RELATIVES À LA
BRANCHE MALADIE**

CHAPITRE I^{ER}

Amélioration de l'accès aux droits

Article 39

(Sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

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

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

b) Au troisième alinéa, les mots : « des assurés aux soins » sont remplacés par les mots : « à la prévention et aux soins des bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale, » ;

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

« Art. L. 111-2-2. – Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quels que soient leur âge, leur sexe, leur

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

b) **Supprimé**

Texte de l'Assemblée nationale

nationalité ou leur lieu de résidence, toutes les personnes :

« 1° Qui exercent sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps partiel :

« a) Une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat ;

« b) Une activité professionnelle non salariée ;

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

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

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

II. – Le même livre I^{er} est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-10, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « , le contrôle du respect des conditions de résidence » ;

2° Après l'article L. 114-10, il est inséré un article L. 114-10-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-10-1. – Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale organisent le contrôle du respect des conditions de résidence en France. Ce

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

contrôle est, chaque fois que possible, réalisé à partir des vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale. » ;

3° L'article L. 115-7 devient l'article L. 114-10-2 et, à la première phrase du premier alinéa, les mots : « le versement » sont remplacés par les mots : « l'attribution » ;

4° Après l'article L. 114-10-2, tel qu'il résulte du 3° du présent II, il est inséré un article L. 114-10-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-10-3. – I. –

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie établit un référentiel, homologué par l'État, précisant les modalités de contrôle appliquées par les organismes assurant la prise en charge des frais de santé, mentionnée à l'article L. 160-1, pour garantir le respect des conditions requises pour en bénéficier, notamment celles prévues aux articles L. 114-10-1 et L. 114-10-2. Ce référentiel distingue les procédés de contrôle faisant appel à des échanges d'informations et ceux nécessitant un contrôle direct auprès des assurés sociaux.

« II. – Lorsqu'un organisme constate, après avoir procédé aux vérifications nécessaires, qu'une personne n'a pas droit à la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale, elle lui notifie son constat et l'invite à présenter ses observations. La personne fait connaître à l'organisme ses observations et fournit, le cas échéant, les pièces justificatives nécessaires au maintien de ses droits. Si les observations présentées et les pièces produites sont insuffisantes pour justifier le maintien des droits ou en l'absence de réponse de l'intéressé, il est mis fin au service des prestations. La personne concernée en est préalablement informée.

« III. – Les modalités d'application du II du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

5° L'article L. 114-12 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les mots : « , notamment à pension de vieillesse » sont supprimés ;

b) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Permettent d'établir le respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations. » ;

6° À la fin de la première phrase du neuvième alinéa de l'article L. 114-12-1, les mots : « ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir » sont remplacés par les mots : « l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir, ainsi que les informations permettant d'attester du respect des conditions de résidence » ;

7° Après l'article L. 114-12-3, il est inséré un article L. 114-12-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-12-4. – Dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les organismes et administrations mentionnés aux articles L. 114-12 et L. 114-14 procèdent à des échanges d'informations strictement nécessaires au contrôle du respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations, en utilisant le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques mentionné à l'article L. 114-12-1. » ;

8° L'article L. 162-1-14 devient l'article L. 114-17-1 et, au 2° du II, après le mot : « justifiant », sont insérés les mots : « l'ouverture de leurs droits et ».

III. – Le même code est ainsi modifié :

1° Au début du titre VI du livre I^{er} du même code, il est ajouté un

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

chapitre préliminaire intitulé :
« Dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé » ;

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

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

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

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

« En cas d'hospitalisation, la prise en charge des frais est

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

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

Texte de l'Assemblée nationale

subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Lorsque la prise en charge mentionnée au premier alinéa est prévue par les règlements européens ou les accords internationaux, elle est étendue, dans les conditions prévues par ces règlements ou accords, aux soins de santé reçus à l'étranger par les titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnés aux 1° à 3°.

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

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

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

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

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

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret, ne pas bénéficier de la prise en

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 bénéficie de cette prise en charge auprès de cette caisse, dès qu'elle justifie de son identité et de sa résidence stable et régulière. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

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

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

b) Le 3° est ainsi rétabli :

« 3° Les personnes titulaires d'une pension étrangère et qui ne bénéficient pas par ailleurs d'un avantage viager d'un régime obligatoire de sécurité sociale français, lorsque, en application d'un règlement européen ou d'un accord international, la prise en charge de leurs frais de santé ainsi que de ceux des membres de leur famille qui résident avec elles relève du régime étranger qui sert la pension ; »

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

b) Le second alinéa est ainsi modifié :

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

– les deux dernières phrases sont supprimées ;

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

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

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

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

9° L'article L. 331-2 devient l'article L. 160-9 ;

10° L'article L. 322-1 devient l'article L. 160-10 et, à la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « remboursée soit directement à l'assuré ou aux ayants droit mentionnés à la deuxième phrase de l'article L. 161-14-1, » sont remplacés par les mots : « versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou elle est remboursée soit directement à l'assuré » ;

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

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

Texte du Sénat

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

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

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

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

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

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

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

partir de la date de la première constatation médicale de la grossesse.

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

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

12° L'article L. 322-7 devient l'article L. 160-12 et, au premier alinéa, les mots : « en nature » sont supprimés et les références : « 1°, 2°, 3°, 4°, 6° et 7° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par les références : « 1° à 5° de l'article L. 160-8 » ;

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

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

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

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« Section 4

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

« Art. L. 160-17. – La prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 est effectuée, pour les personnes exerçant une activité

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

professionnelle, par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires auxquels elles sont affiliées pour le service des prestations d'assurances sociales, dans des conditions définies par décret. Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles ces organismes prennent en charge les frais de santé des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle.

« Il précise en outre les modalités selon lesquelles les personnes qui ne sont pas affiliées à titre professionnel peuvent demander à être gérées par l'organisme dont relève leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou leur concubin.

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

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

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'organisation et de mise en œuvre de ces opérations de gestion, notamment dans le cadre de conventions, ainsi que les modalités d'évaluation de leurs résultats.

Texte du Sénat

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

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

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

1° L'article L. 161-1 est ainsi rétabli :

« Art. L. 161-1. – Sauf dispositions contraires, par membre de la famille, on entend au sens du présent code :

« 1° Le conjoint de l'assuré social, son concubin ou la personne à laquelle il est lié par un pacte civil de solidarité ;

« 2° Les enfants mineurs à leur charge et, jusqu'à un âge limite et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État :

« a) Les enfants qui poursuivent leurs études ;

« b) Les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente d'exercer un travail salarié ;

« 3° L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au troisième degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit au domicile de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré social ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'État. » ;

2° L'article L. 161-2 est abrogé ;

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

3° À l'article L. 161-3, les mots : « L'assurance maternité est attribuée » sont remplacés par les mots : « Les prestations en espèces de l'assurance maternité sont attribuées » et, après le mot : « que », sont insérés les mots : « les prestations en espèces de » ;

4° L'article L. 161-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, » sont remplacés par les mots : « d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité » et les mots : « des assurances maladies, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces » sont remplacés par les mots : « en espèces des assurances maladie et maternité, pendant une période définie par décret en Conseil d'État » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– la première phrase est ainsi rédigée :

« Est également maintenu le droit aux prestations des assurances invalidité et décès du régime général et des régimes qui lui sont rattachés. » ;

– à la seconde phrase, les mots : « pendant ces périodes, » sont supprimés ;

5° L'article L. 161-15 est ainsi rédigé :

« Art. L. 161-15. – Le conjoint séparé de droit ou de fait qui se trouve, du fait de défaut de présentation par l'autre conjoint des justifications requises, dans l'impossibilité d'obtenir pour ses enfants mineurs la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité dispose d'une action directe en paiement de ces prestations, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

6° À l'article L. 161-15-1, les mots : « des prestations en nature des assurances » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de » et la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-1 » ;

7° Aux deux premiers alinéas de l'article L. 165-9, les mots : « ou à son ayant droit » sont supprimés.

V. – L'article L. 182-2 du même code est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° D'établir le référentiel mentionné à l'article L. 114-10-3. »

VI. – Au 1° de l'article L. 200-1 du même code, après le mot : « titre », sont insérés les mots : « de la prise en charge des frais de santé et ».

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

1° À l'article L. 311-1, les mots : « couvrent les » sont remplacés par les mots : « assurent le versement des prestations en espèces liées aux » ;

2° L'article L. 311-5 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « en espèces » ;

Texte du Sénat

V. – L'article L. 182-2 du même code est ainsi modifié :

1° À la fin du 3°, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

2° Il est ajouté un 7° ainsi rédigé :

V bis. – Au 2° de l'article L. 182-2-3 du même code, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » et la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 160-14 ».

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

b) Les deuxième à avant-dernier alinéas sont supprimés ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « pour elles-mêmes et leurs ayants droit » sont supprimés et, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « en espèces » ;

2° bis À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 311-7, les mots : « leurs ayants droit » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 du présent code qui leur sont rattachées » ;

3° L'article L. 313-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– à la fin du premier alinéa, les mots : « et ouvrir droit » sont supprimés ;

– le 1° est abrogé ;

– au 2°, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;

– au 3°, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « en espèces » ;

b) Au 1° du II, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » et la référence : « 2° du premier alinéa » est remplacée par la référence : « 2° du I » ;

4° L'article L. 321-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

a bis) Les 1° à 4°, 6° et 9° sont abrogés ;

b) Au début du 5°, les mots : « 5° L'octroi » sont remplacés par les mots : « L'assurance maladie assure le versement » ;

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

5° Le premier alinéa de l'article L. 321-2 est supprimé ;

5° bis Au dernier alinéa du II de l'article L. 325-1, les mots : « ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3, des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux » ;

6° Le premier alinéa de l'article L. 332-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 » sont supprimés ;

b) Après les mots : « des prestations », sont insérés, deux fois, les mots : « en espèces » ;

7° L'article L. 371-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « qui ne peut justifier des conditions prévues par les articles L. 313-1 et L. 341-2 et le décret pris pour leur application a droit ou ouvre droit, à condition, toutefois, que la rente ou l'allocation corresponde » sont remplacés par les mots : « qui correspond » ;

– sont ajoutés les mots : « a droit à la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie et de maternité, dans les conditions prévues à l'article L. 160-14. » ;

b) les 1° et 2° sont abrogés.

VIII. – Le second alinéa de l'article L. 613-4 du même code est supprimé.

Texte du Sénat

5° bis **Supprimé**

5° ter À la fin du 1° de l'article L. 330-1, la référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

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

« Art. L. 613-12. –
L'article L. 160-7, le chapitre II du titre VI du livre I^{er} et les articles L. 314-1, L. 322-1 et L. 324-1 sont applicables au régime institué par le présent titre selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. »

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

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

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

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

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

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

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

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

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

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

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

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

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

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

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

c) Le troisième alinéa est supprimé ;

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

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Au deuxième alinéa, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Les détenus » et les mots : « les assurances maladie et maternité du » sont remplacés par le mot : « le » ;

Texte du Sénat

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

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

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

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

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Les détenus sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par le régime général, et pour la participation mentionnée au I de l'article L. 160-13 ainsi que pour le

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 qui sont pris en charge par l'État selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5. » ;

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

d) Au dernier alinéa, les références : « par les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 161-25-1 » ;

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

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

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

b) Au premier alinéa du II, les mots : « affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 380-30-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnées au I du présent article » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 382-3, les mots : « d'assurances sociales et d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles

d) Le dernier alinéa est supprimé ;

b) Le II est ainsi modifié :

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

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

Texte de l'Assemblée nationale

dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, » ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1° Au premier alinéa du I de l'article L. 611-12, les mots : « par les assurés bénéficiaires des prestations maladie et par les cotisants et » sont

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

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

a) Au premier alinéa, les mots :

Texte de l'Assemblée nationale

remplacés par les mots : « par les cotisants au titre de leur activité professionnelle et les » ;

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

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

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

« par les assurés bénéficiaires des prestations maladie et par les cotisants et » sont remplacés par les mots : « par les cotisants au titre de leur activité professionnelle et les » ;

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

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

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

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

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

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

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

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 861-1, les mots : « résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1 » sont remplacés par les mots : « bénéficiant de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 » ;

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

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

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

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

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

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

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

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

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

N. – Les articles L. 161-5, L. 161-7, L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13, L. 161-14, L. 161-14-1, L. 161-25-2, L. 161-25-3, L. 211-3, L. 211-4, L. 211-5, L. 211-6, L. 211-7, L. 311-5-1, L. 311-9, L. 311-10, L. 313-3, L. 313-4, L. 313-5, L. 371-2, L. 381-3, L. 381-7, L. 381-9, L. 381-10, L. 381-11, L. 381-19, L. 381-20, L. 381-21, L. 381-22, L. 381-26, L. 381-27, L. 381-28, L. 611-21, L. 611-22, L. 613-3, L. 613-10, L. 712-6, L. 712-7 et L. 712-8 du même code sont abrogés.

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

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

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

b) Le b est ainsi rédigé :

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

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

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

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

b) Les références : « L. 311-9, L. 311-10, » sont supprimées ;

4° Au quatrième alinéa de l'article L. 761-3, les mots : « ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3 du code de la sécurité sociale, des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale rattachées aux ».

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

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

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

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

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

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

Texte de l'Assemblée nationale

« 2° Les personnes non mentionnées aux mêmes 1° et 2° vivant depuis douze mois consécutifs avec la personne bénéficiaire de l'aide mentionnée au premier alinéa et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente à condition d'en apporter la preuve dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. Dans ce cas, le bénéfice de l'aide susmentionnée ne peut être attribué qu'à une seule de ces personnes. » ;

2° À la première phrase de l'article L. 254-1, la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 111-2-3 ».

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

R. – Dans toutes les dispositions législatives :

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

2° (Supprimé)

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

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

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

Texte du Sénat

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

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

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10° Au premier alinéa de l'article L. 162-31, la référence : « de l'article L. 313-4, » est supprimée et la

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

10° Au premier alinéa de l'article L. 162-31, la référence : « de l'article L. 313-4, » est supprimée et la

Texte de l'Assemblée nationale

référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

11° Au 3° du II de l'article L. 162-31-1, les références : « 6° et 9° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par les références : « 5° et 6° de l'article L. 160-8 » ;

12° Au 2° de l'article L. 162-45, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » et la référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

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

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

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

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

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

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

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

b) Au 7° du II, les références : « aux articles L. 371-1 et L. 371-2 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 371-1 » ;

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

a) ...

... L. 160-8 » et la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

b) Le II est ainsi modifié :

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

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

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

26° L'article L. 613-20 est ainsi modifié :

a) Au troisième alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » et la référence : « au 5° du même article » est remplacée par la référence : « à l'article L. 321-1 » ;

b) À l'avant-dernier alinéa, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;

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

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

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

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

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

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

Texte du Sénat

26° **Supprimé**

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

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

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

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

33° Au premier alinéa des articles 762-4 et L. 762-6, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

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

35° Au premier alinéa de l'article L. 765-5, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

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

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

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

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

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

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

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

34° bis Au premier alinéa de l'article L. 762-14, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

35° Au premier alinéa de l'article L. 765-5, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » et la référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

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

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

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

C. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

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

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

Texte du Sénat

c) Au 3°, la référence : « L. 331-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-9 » ;

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

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

remplacée par la référence :
« L. 160-8 ».

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

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

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

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

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

1° L'article 9 est ainsi modifié :

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

« – L. 160-8 ; »

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

c) Le neuvième alinéa est supprimé ;

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

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

d) Le treizième alinéa est ainsi rédigé :

« – L. 322-5 à L. 322-6 ; »

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

Texte du Sénat

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

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

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

2° À la fin de la seconde phrase de l'article 20-2, la référence : « L. 322-3 » est remplacée par la référence : « L. 60-14 » ;

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

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

J – À l'article 9-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains

Propositions de la Commission

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

X. – Le présent article en vigueur le 1^{er} janvier 2016, sous les réserves suivantes.

A. – Les habilitations accordées aux groupements mutualistes en application de l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeurent en vigueur.

Le dernier alinéa de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale s'applique aux mutuelles ou groupements mutualistes habilités avant le 1^{er} janvier 2016, en application de l'article L. 211-4 du même code dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

Un décret détermine, le cas échéant, les conditions d'évolution du contenu des délégations liées à ces habilitations.

B. – Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes mentionnés à l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale, du transfert, en tout ou partie, d'opérations de gestion de la prise en charge des frais de santé qu'ils assurent à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, fait l'objet d'une indemnité s'il a pour origine les modifications apportées aux règles régissant les délégations de gestion et présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

C. – Sauf demande contraire, la prise en charge des frais de santé des personnes majeures ayant la qualité d'ayant droit au 31 décembre 2015 reste effectuée, tant que ces personnes ne deviennent pas affiliées à un régime de

risques et au deuxième alinéa de l'article 2 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 ».

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle, y compris antérieure, par rattachement à l'assuré social dont elles dépendent et par les organismes dont elles relèvent à cette date, jusqu'au 31 décembre 2019 au plus tard.

L'article L. 161-15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeure applicable aux personnes majeures conservant la qualité d'ayant droit jusqu'au 31 décembre 2019.

Article 39 bis A

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur la reconnaissance de la sclérose en plaque au titre des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée pour les fonctionnaires.

Ce rapport détaille le nombre potentiel de fonctionnaires concernés par cette mesure ainsi que l'impact potentiel du remplacement de la poliomyélite par la sclérose en plaques dans la liste des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée.

Article 39 bis A

Supprimé

Amendement AS90

Article 39 ter

À titre exceptionnel et jusqu'au 30 juin 2016, une personne bénéficiant du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 du code de la sécurité sociale et ayant renouvelé, après le 30 juin 2015, un contrat ne figurant pas sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 863-6 du même code peut demander la résiliation de ce contrat à tout moment, sans frais ni pénalités. Cette possibilité de résiliation est conditionnée à la souscription d'un contrat figurant sur cette même liste.

La résiliation prend effet le lendemain de l'envoi à l'organisme

Article 39 ter

La résiliation prend effet au plus tard le premier jour du deuxième mois

Article 39 ter

(Sans modification)

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

assureur d'une lettre recommandée à laquelle est jointe une attestation de souscription d'un contrat figurant sur ladite liste.

suivant l'envoi à l'organisme assureur d'une lettre recommandée à laquelle est jointe une attestation de souscription d'un contrat figurant sur ladite liste.

Le troisième alinéa de l'article L. 113-15-1 du code des assurances et le dernier alinéa des articles L. 221-10-1 du code de la mutualité et L. 932-21-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux résiliations effectuées en application du présent article.

Article 39 quater

Dans un délai de six mois après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le transport des enfants décédés de cause médicalement inexplicquée vers les centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson en vue de rechercher la cause du décès.

Amendement AS93

Article 41

Article 41

Article 41

I. – Le 21° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ».

I. – Le 21° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ».

(Sans modification)

II. – Au deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, les mots : « et la prise en charge de contraceptifs » sont remplacés par les mots : « de contraceptifs, la réalisation d'examen de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, la prescription de ces examens ou d'un contraceptif, ainsi que leur prise en charge, ».

Texte de l'Assemblée nationale

Article 41 ter

I. – L'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, après la deuxième occurrence du mot : « article », est insérée la référence : « , à l'article L. 323-3 » ;

2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après la référence : « L. 321-1 », est insérée la référence : « et à l'article L. 323-3 ».

II. – Le I entre en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

CHAPITRE II

Promotion de la prévention et parcours de prise en charge coordonnée

Article 42

L'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-12-21. – I. – Un contrat de coopération pour les soins visuels peut être conclu avec les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie, en vue d'inciter le médecin à recruter ou à former un auxiliaire médical.

« Ce contrat, conclu pour une durée de trois ans non renouvelable, prévoit des engagements individualisés qui portent notamment sur l'augmentation du nombre de patients différents reçus en consultations, le respect des tarifs conventionnels et les actions destinées à favoriser la continuité des soins. Il détermine des objectifs en matière d'organisation des

Texte du Sénat

Article 41 ter

1° Au troisième alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 », les mots : « au 5° du même article » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3 » et la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 ».

2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « 5° de l'article L. 321-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3 ».

CHAPITRE II

Promotion de la prévention et parcours de prise en charge coordonnée

Article 42

« Art. L. 162-12-21. – I. – Un contrat de coopération pour les soins visuels peut être conclu avec les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie, en vue d'inciter le médecin à recruter ou à former un orthoptiste.

« Ce contrat, conclu pour une durée de trois ans non renouvelable, prévoit des engagements individualisés qui portent notamment sur l'augmentation du nombre de patients différents reçus en consultations, le respect des tarifs conventionnels et les actions destinées à favoriser la continuité des soins. Il détermine des objectifs en matière d'organisation des

Propositions de la Commission

Article 41 ter

(Sans modification)

CHAPITRE II

Promotion de la prévention et parcours de prise en charge coordonnée

Article 42

(Sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

soins, notamment sur la formation ou le recrutement d'un auxiliaire médical ainsi que sur la participation à des actions de dépistage et de prévention. Il prévoit les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le médecin, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs.

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

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions particulières requises pour conclure un contrat de coopération, notamment en ce qui a trait à la profession de l'auxiliaire médical et aux modalités de son recrutement.

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

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

« Ce contrat est conforme à un contrat type défini par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la

Texte du Sénat

soins, notamment sur la formation, si celle-ci s'avère nécessaire, ou le recrutement d'un orthoptiste ainsi que sur la participation à des actions de dépistage et de prévention. Il prévoit les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le médecin, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs.

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

« Ce contrat est conforme à un contrat type défini par décision conjointe des ministres chargés de la

Propositions de la Commission

**Texte de l'Assemblée
nationale**

sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés, des organisations représentatives des centres de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Une évaluation annuelle du contrat collectif pour les soins visuels, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part, sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement et aux partenaires conventionnels en vue de l'intégration de ce contrat dans la négociation, à compter du 1^{er} janvier 2018, d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionné au II de l'article L. 162-14-1.

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

Texte du Sénat

santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés, des organisations représentatives des centres de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Les contreparties financières de ce contrat collectif ne peuvent excéder le maximum prévu par le contrat de coopération pour les soins visuels prévu au premier alinéa du présent article.

**Propositions de la
Commission**

Article 45 ter

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o L'article L. 162-17-3 est ainsi modifié :

Article 45 ter

Article 45 ter

(Sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

a) La deuxième phrase du premier alinéa du I est complétée par les mots : « et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 » ;

b) Au premier alinéa du II, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « ainsi que des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 » ;

2° L'article L. 165-3 est ainsi modifié :

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

b) Au début du troisième alinéa, la mention : « II. – » est supprimée ;

3° Après l'article L. 165-4, il est inséré un article L. 165-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 165-4-1. – I. – Le cadre des conventions mentionnées aux articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4 peut être précisé par un accord-cadre conclu entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

« Sans préjudice de l'article L. 162-17-4, cet accord-cadre prévoit notamment les conditions dans lesquelles les conventions déterminent :

« 1° Les modalités d'échanges d'informations avec le comité en matière de suivi et de contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables ;

« 2° Les conditions et les modalités de mise en œuvre, par les fabricants ou distributeurs, d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1.

« L'accord-cadre prévoit également les conditions dans lesquelles le comité met en œuvre une réduction

Texte du Sénat

b) Le II est abrogé ;

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, des prix de certaines catégories de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 pour garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au II de l'article L. 162-17-3 et à l'article L. 165-4.

« II. – En cas de manquement par un fabricant ou un distributeur à un engagement souscrit en application du 2° du I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer à son encontre, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière.

« Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre des produits ou prestations faisant l'objet de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au présent II sont définis par décret en Conseil d'État. »

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Article 47

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

1° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 relevant de la compétence tarifaire exclusive ou conjointe du directeur général de l'agence régionale de santé font l'objet du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

« À compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale. » ;

2° Le IV bis de l'article L. 314-7 est ainsi modifié :

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

« IV bis. – La décision fixant la tarification au titre de l'année prévoit, dans des conditions prévues par décret, des tarifs de reconduction provisoires applicables au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

Texte du Sénat

Article 47

« Les établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les services mentionnés au 6° du I du même article relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et, le cas échéant, de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11. Le contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

**Propositions de la
Commission**

Article 47

(Sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

« Dans le cas où les tarifs n'ont pas été arrêtés avant le 1^{er} janvier de l'exercice en cause et si un tarif de reconduction provisoire n'a pas été fixé, les recettes relatives à la facturation desdits tarifs sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs. » ;

b) Au second alinéa, la référence : « du précédent alinéa » est remplacée par les références : « des deux premiers alinéas du présent IV bis ».

II. – Après l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-24-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-24-2. – L'action des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées mentionnés aux 2^o, 5^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles pour le paiement, par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code, des prestations et soins médicaux à la charge de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée à la caisse, ou par trois mois à compter du premier jour du mois suivant celui où la décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles a été notifiée à l'établissement si cette échéance est plus tardive.

« Cette prescription est également applicable à l'action intentée par l'organisme payeur en recouvrement des prestations indûment supportées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration, à compter de la date de paiement des sommes indues.

« Les modalités de reversement des sommes payées par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code aux différents organismes d'assurance maladie ainsi que des sommes recouvrées par celle-ci

Texte du Sénat

« Art. L. 162-24-2. – L'action des établissements et services mentionnés aux 2^o, 5^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles pour le paiement, par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code, des prestations et soins médicaux à la charge de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée à la caisse, ou par trois mois à compter du premier jour du mois suivant celui où la décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles a été notifiée à l'établissement si cela conduit à appliquer une échéance plus tardive.

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

en application du deuxième alinéa du présent article sont fixées par décret.

« La commission de recours amiable de la caisse mentionnée à l'article L. 174-8 est compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause. »

III. – A. – Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé établit par arrêté, le cas échéant conjoint avec le président du conseil départemental concerné, la liste des établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du même code devant signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et la date prévisionnelle de cette signature, pour une période de six ans à compter du 1^{er} janvier 2016. Ce calendrier prévisionnel est mis à jour chaque année.

A bis. – Le deuxième alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, est applicable à compter du 1^{er} janvier 2017.

B. – L'article L. 162-24-2 du code de la sécurité sociale s'applique aux prestations et soins médicaux délivrés par les établissements médico-sociaux concernés à compter du 1^{er} janvier 2016.

Texte du Sénat

« La commission de recours amiable de la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 est compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause. »

III. – A. – Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé établit par arrêté, le cas échéant conjoint avec le président du conseil départemental concerné, la liste des établissements et services devant signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et la date prévisionnelle de cette signature. Cette programmation, d'une durée de six ans, est mise à jour chaque année.

Article 47 bis A

Le second alinéa du II de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est complété par les mots : « ainsi qu'aux établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions prévues par l'article L. 6122-1, pour cette seule activité ».

Propositions de la Commission

Article 47 bis A

Supprimé

Amendement AS99

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

CHAPITRE III

**Poursuite de la réforme du
financement des établissements**

CHAPITRE III

**Poursuite de la réforme du
financement des établissements**

CHAPITRE III

**Poursuite de la réforme du
financement des établissements**

Article 49

Article 49

Article 49

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

1° Le 1° de l'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après la référence « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « et L. 162-23-6 » ;

b) À la fin, la référence : « et L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « , L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 138-10, la référence : « , à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

3° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14-2, la référence : « de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 162-5-17, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

5° L'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa du I, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » et la référence : « au même article

(Sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

L. 162-22-7 » est remplacée par les mots : « aux mêmes articles » ;

b) À la première phrase du II, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » et la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par la référence : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-5, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

7° L'article L. 162-22 est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22. – Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financés :

« 1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie, conformément à l'article L. 162-22-6 du présent code ;

« 2° Pour les activités de psychiatrie, conformément à l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;

« 3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés à l'article L. 174-5, conformément à l'article L. 174-1 ;

« 4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-1. » ;

8° L'intitulé de la sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est ainsi rédigé : « Dispositions relatives aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie » ;

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

8° bis La sous-section 4 de la même section 5 devient la sous-section 6 ;

9° La même sous-section 4 est ainsi rétablie :

« Sous-section 4

« Dispositions relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation

« Art. L. 162-23. – I. – Chaque année est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

« Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions intervenues en cours d'année.

« Il distingue les parts afférentes :

« 1° Aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ;

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

« 2° À la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8.

« II. – Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 6° de l'article L. 162-23-4 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code peuvent être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations issues notamment de l'étude nationale de coûts définie à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique.

« Art. L. 162-23-1. – Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, un décret en Conseil d'État pris après avis des organisations les plus représentatives des établissements de santé détermine :

« 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à une facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

« Art. L. 162-23-2. – Les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 sont financées par :

« 1° Des recettes issues de l'activité de soins dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 ;

« 2° Le cas échéant, des financements complémentaires prenant en charge :

« a) Les spécialités pharmaceutiques dans les conditions définies à l'article L. 162-23-6 ;

« b) Les plateaux techniques spécialisés dans les conditions définies à l'article L. 162-23-7 ;

« c) Les missions mentionnées à l'article L. 162-23-8 ;

« d) L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-15.

« Art. L. 162-23-3. – Les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-2 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :

« 1° Une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité antérieure, mesurée par les données prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, valorisée par une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code et par le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie au titre de cette activité, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

« 2° Pour chaque séjour, un montant forfaitaire correspondant à une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5.

« Art. L. 162-23-4. – Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :

« 1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;

« 2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;

« 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;

« 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

« 5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;

« 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.

« Sont applicables au 1^{er} mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.

« Sont applicables au 1^{er} janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.

« Art. L. 162-23-5. – I. – Les tarifs nationaux des prestations

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements de santé.

« II. – 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 les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.

« Art. L. 162-23-6. – I. – L'État fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients pris en charge dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des spécialités pharmaceutiques mentionnées au même 1°.

« II. – Les établissements sont remboursés sur présentation des factures, dans le respect du montant affecté aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques prévu au 1° du I de l'article L. 162-23. Ces remboursements

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de ce montant.

« Sous réserve du respect du montant défini au même 1^o, l'État peut verser aux établissements de santé le montant correspondant à la différence entre les montants issus des factures et ceux issus des factures minorés du coefficient mentionné au premier alinéa du présent I. Avant le 1^{er} mai de l'année suivante, l'État arrête le montant à verser aux établissements de santé.

« Art. L. 162-23-7. – Les charges non prises en compte par les tarifs des prestations mentionnés au 2^o de l'article L. 162-23-4 liées à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants peuvent être compensées en tout ou partie par un forfait.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnés au premier alinéa du présent article.

« Art. L. 162-23-8. – I. – La part prévue au 2^o du I de l'article L. 162-23, affectée à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6, participe notamment au financement des engagements relatifs :

« 1^o Aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code ;

« 2^o À la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins ;

« 3^o À l'amélioration de la qualité des soins ;

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

« 4° À la réponse aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation à l'article L. 162-1-7 du présent code ;

« 5° À la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements.

« Par dérogation à l'article L. 162-23-1, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des missions financées par cette dotation.

« Les engagements mentionnés aux 1° à 5° sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

« Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application des articles L. 174-2 ou L. 174-18, selon le cas.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en fonction du montant mentionné au 2° du I de l'article L. 162-23 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

« II. – Le montant annuel de la dotation de chaque établissement de

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

santé est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu au 1° du I du présent article.

« Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation sont fixées à l'article L. 162-23-10.

« Art. L. 162-23-9. – Dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux prévus au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° de l'article L. 162-23-4, servent de base à l'exercice des recours contre les tiers et à la facturation des prestations prévues au 1° de l'article L. 162-23-1 des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20.

« Art. L. 162-23-10. – Le forfait relatif aux plateaux techniques spécialisés et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-23-7 et L. 162-23-8 sont versés aux établissements de santé dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

« Art. L. 162-23-11. – Les modalités d'application de la présente sous-section sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

10° Après la même sous-section 4, telle qu'elle résulte du 9° du présent I, est insérée une sous-section 5 intitulée : « Dispositions communes aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » et comprenant les articles L. 162-22-17,

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

L. 162-22-18, L. 162-22-19 et L. 162-22-20 qui deviennent, respectivement, les articles L. 162-23-12, L. 162-23-13, L. 162-23-14 et L. 162-23-15 ;

10° bis Au premier alinéa de l'article L. 162-22-18, les mots : « des dispositions de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les références : « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

10° ter L'article L. 162-22-19 est ainsi modifié :

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

« 1° bis Le financement des activités de soins de suite et de réadaptation et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés ; »

b) À la fin de la première phrase du 2°, la référence : « à l'article L. 162-22-13 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 » ;

10° quater L'article L. 162-22-20 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « au 1° » est remplacée par la référence : « aux 1° et 4° » ;

b) À la seconde phrase du second alinéa, le mot : « définis » est remplacé le mot : « définies » ;

11° (Supprimé)

12° L'article L. 162-26 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, la référence : « et L. 162-14-1 » est remplacée par les références : « , L. 162-14-1 et L. 162-21-1 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « de soins de suite ou de réadaptation » sont supprimés ;

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

13° L'article L. 162-27 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « aux 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

b) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6, elles bénéficient d'un remboursement sur facture dans les conditions définies au même article et sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6. » ;

c) À la première phrase du dernier alinéa, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « ou à l'article L. 162-23-6 » ;

14° Le premier alinéa de l'article L. 174-2-1 est ainsi modifié :

a) La référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

b) La référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

15° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « , L. 162-22-18 » est supprimée ;

b) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11.

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

« Sont applicables aux activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15. » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23. » ;

16° L'article L. 753-4 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

b) À la fin du 3°, les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 ».

II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A (nouveau) À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 6114-1, la référence : « L. 162-22-18 » est remplacée par la référence : « L. 162-23-13 » ;

1° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 est ainsi modifiée :

a) Après la référence : « L. 162-22-10 », est insérée la référence : « et au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;

b) La référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

c) La référence : « à l'article L. 162-22-8 » est remplacée par les mots : « aux articles L. 162-22-8 et

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

L. 162-23-7 du même code, de la dotation prévue à l'article L. 162-23-15 » ;

d) La référence : « à l'article L. 162-22-14 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-14 et L. 162-23-8 » ;

e) Après la référence : « L. 162-22-16 », est insérée la référence : « , L. 162-23-3 » ;

2° Le I de l'article L. 6145-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 162-22-10 », est insérée la référence : « ou au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;

b) Au 2°, après la référence : « L. 162-22-14 », est insérée la référence : « et au II de l'article L. 162-23-8 » ;

c) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code. »

III. – Le présent article est applicable à compter du 1^{er} janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.

A. – Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1° du même article peut être différencié entre les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, d'une part, et les établissements mentionnés aux d et e du même article, d'autre part.

B. – Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de

Texte de l'Assemblée nationale

l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.

Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1^{er} mars 2017 et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.

L'État fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à un peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.

La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent B.

C. – Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4^o de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

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, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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.

La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1^{er} mars 2020 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.

IV. – Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016, par dérogation aux articles L. 162-22-2 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, une part du montant des objectifs mentionnés aux mêmes articles est affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation. Cette dotation participe au financement des missions d'intérêt général exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du même code dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.

Les engagements des établissements de santé sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :

1° La liste des missions financées par cette dotation ainsi que les critères d'attribution aux établissements ;

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

2° Le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent IV et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.

Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement. Ces dotations sont versées aux établissements, dans des conditions fixées par décret, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

V. – Du 1^{er} janvier 2016 au 28 février 2017, un montant afférant aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.

Texte du Sénat

V. – Du 1^{er} janvier 2016 au 28 février 2017, un montant afférant aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.

Propositions de la Commission

Article 50

I. – L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, les mots : « En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-4 » sont remplacés par les mots : « Lorsqu'il constate que les pratiques ou les prescriptions d'un établissement de santé ne sont pas conformes à l'un des référentiels mentionnés à l'article L. 162-30-3 ou lorsque l'établissement est identifié en application du plan d'actions » ;

Article 50

Article 50

Texte de l'Assemblée nationale

2° À la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « l'avant-dernier alinéa du II de » sont supprimés.

II. – L'article L. 162-22-7 du même code est ainsi modifié :

1° Les deuxième à avant-dernier alinéas du I sont supprimés ;

2° Le II est abrogé.

III. – Les articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4 du même code sont ainsi rédigés :

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

« Ce contrat comporte :

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

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

Texte du Sénat

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

Propositions de la Commission

« Art. L. 162-30-2. – **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Amendement AS78

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

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

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

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

« La non-réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peuvent également donner lieu à la mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions, dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-17, ou, lorsqu'il s'agit de

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

manquements relatifs à des produits de santé, à la réduction, dans la limite de 30 % et en tenant compte des manquements constatés, de la part prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 en lieu et place de la sanction mentionnée au premier alinéa du présent article. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. »

IV. – L'article L. 322-5-5 du même code est abrogé.

V. – Les I, II et IV du présent article ainsi que les articles L. 162-30-2 et L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant de la présente loi, s'appliquent au lendemain de la publication du décret mentionné au même article L. 162-30-2 pour les nouveaux contrats, et au plus tard au 1^{er} janvier 2018.

Les contrats conclus avant la publication du décret précité continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017.

L'article L. 162-30-3 du même code, dans sa rédaction résultant du présent article, s'applique au lendemain de la publication du décret mentionné à l'article L. 162-30-2 dudit code pour les nouveaux contrats. Les contrats conclus avant la publication du décret précité continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017.

Article 50 bis

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

« Les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une prescription médicale établie selon les

Texte du Sénat

Article 50 bis

« Les frais d'un transport ayant fait l'objet d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en

Propositions de la Commission

Article 50 bis

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS79

Texte de l'Assemblée nationale

règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment l'identification du prescripteur y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé. »

Article 51

I. – La seconde phrase du II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « issues notamment des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique ».

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

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

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

« Art. L. 6113-11. – Afin de disposer de données sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, des études nationales de coûts sont réalisées chaque année auprès d'établissements de santé relevant des catégories mentionnées aux a à d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

Texte du Sénat

établissement de santé, sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire. »

Article 51

« Art. L. 6113-12. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent chaque année, sur proposition de la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, dont les fédérations les représentant, les critères permettant de

Propositions de la Commission

Article 51

« Art. L. 6113-12. – **Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

Amendement AS83

Texte de l'Assemblée nationale

de coûts de l'année suivante.

« Cette liste est élaborée dans les conditions suivantes :

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

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

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

Texte du Sénat

déterminer la capacité des établissements à participer aux études nationales de coûts et la liste des établissements de santé participant aux études nationales de coûts de l'année suivante.

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

leur participation aux études nationales de coûts de l'année suivante.

« En cas de refus par un établissement de santé sélectionné selon la procédure complémentaire de transmettre à la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 les informations mentionnées à l'avant-dernier alinéa du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

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

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

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

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

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Article 51 bis

Hormis les cas de congé de longue maladie, de congé de longue durée ou si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, les agents de la fonction publique hospitalière en congé de maladie ainsi que les salariés des établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dont l'indemnisation du congé de maladie n'est pas assurée par un régime obligatoire de sécurité sociale ne perçoivent pas leur rémunération au titre des trois premiers jours de ce congé.

Article 51 bis

Supprimé

Amendement AS82

CHAPITRE IV

Autres mesures et objectifs financiers

CHAPITRE IV

Autres mesures et objectifs financiers

CHAPITRE IV

Autres mesures et objectifs financiers

Article 54

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

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

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

Article 54

Supprimé

Article 54

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS80

Texte de l'Assemblée nationale

Article 55

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

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	84,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	58,1
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,3
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,7
Total	185,2

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 56

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	20,1

TITRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

Article 57

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

Texte du Sénat

Article 55

Supprimé

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 56

Supprimé

TITRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

Article 57

Propositions de la Commission

Article 55

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS81

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 56

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS85

TITRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

Article 57

(Sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

1° L'article L. 161-23-1 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « chaque année, », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

2° Après les mots : « chaque année », la fin de l'article L. 341-6 est ainsi rédigée : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

3° À l'article L. 351-11, les mots : « chaque année par application du coefficient annuel de revalorisation mentionné » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues » ;

4° À la fin du troisième alinéa de l'article L. 353-5, les mots : « suivant les modalités prévues par l'article L. 351-11 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 356-2, les mots : « révisé dans les mêmes conditions que les prestations servies en application des chapitres I^{er} à IV du titre V du présent livre » sont remplacés par les mots : « revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

5° bis À l'article L. 413-7, les mots : « des coefficients de revalorisation prévus » sont remplacés par les mots : « du coefficient de revalorisation prévu » ;

6° À la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 434-1, les mots : « dans les conditions fixées à l'article L. 351-11 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

7° La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 434-2 est ainsi rédigée :

« Elle est revalorisée au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

7° bis À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 434-6, les mots : « des coefficients mentionnés » sont remplacés par les mots : « du coefficient mentionné » ;

8° Au premier alinéa de l'article L. 434-16, les mots : « d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité par les arrêtés pris en application de l'article L. 341-6 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} avril de chaque année d'après le coefficient mentionné à l'article L. 161-25, » ;

9° L'article L. 434-17 est ainsi rédigé :

« Art. L. 434-17. – Les rentes mentionnées à l'article L. 434-15 sont revalorisées au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

10° L'article L. 551-1 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « chaque année », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

11° La sous-section 1 de la section 3 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-11-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 723-11-2. – Le montant de la pension de retraite servie par le régime d'assurance vieillesse de base des avocats est revalorisé dans les

Texte du Sénat

11° **Supprimé**

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

conditions prévues à l'article L. 161-23-1. » ;

12° À l'article L. 816-2, les mots : « des allocations définies au présent titre et des plafonds de ressources prévus pour leur attribution » sont remplacés par les mots : « de l'allocation définie à l'article L. 815-1 et des plafonds de ressources prévus pour son attribution » et les mots : « aux mêmes dates et selon les mêmes conditions que celles applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

13° Le premier alinéa de l'article L. 861-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « , révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix » sont remplacés par les mots : « et revalorisé au 1^{er} avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

a bis) Les deuxième et troisième phrases sont supprimées ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le montant du plafond est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

I bis. – Au a du 1° de l'article L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « au premier alinéa de » sont remplacés par le mot : « à ».

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

1° Au 2° des articles L. 732-24 et L. 762-29, les mots : « chaque année suivant les coefficients fixés en application de » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à » ;

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

**Texte de l'Assemblée
nationale**

2° Au premier alinéa de l'article L. 751-46, les mots : « des coefficients mentionnés » sont remplacés par les mots : « du coefficient mentionné » ;

3° À la seconde phrase du sixième alinéa de l'article L. 752-6, les mots : « les coefficients prévus » sont remplacés par les mots : « le coefficient prévu » ;

4° Au 5° de l'article L. 753-8, les mots : « des coefficients de revalorisation prévus » sont remplacés par les mots : « du coefficient de revalorisation prévu ».

III. – À l'article 1er de la loi n° 74-1118 du 27 décembre 1974 relative à la revalorisation de certaines rentes allouées en réparation du préjudice causé par un véhicule terrestre à moteur, les mots : « les coefficients de revalorisation prévus » sont remplacés par les mots : « le coefficient de revalorisation prévu ».

IV. – Au début du f du 1° de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, les mots : « Au premier alinéa de » sont remplacés par le mot : « À ».

V. – Le 11° de l'article 11 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 est ainsi rédigé :

« 11° Article L. 551-1 ; ».

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

Article 58

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Article 58

1° A À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 122-2, les références : « L. 216-2-1 et L. 216-2-2 »

Article 58

(Sans modification)

Texte de l'Assemblée nationale

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

sont remplacées par les références : « L. 122-6, L. 122-7, L. 122-8, L. 122-9 et L. 611-11 » ;

1° Après le chapitre II du titre II du livre I^{er}, il est inséré un chapitre II bis ainsi rédigé :

« Chapitre II bis

« Organisation et gestion des missions et activités

« Art. L. 122-6. – I. – Les conseils d'administration des organismes nationaux définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes de la branche ou du régime concerné.

« Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche ou du régime la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.

« Les modalités de mise en œuvre des orientations mentionnées au deuxième alinéa sont fixées par une convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux, à l'exception des modalités de traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites qui sont précisées par décret. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.

« II. – Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations, notamment agir en demande et en défense devant les juridictions. Il peut

Texte de l'Assemblée nationale

également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.

« III. – L'union de recouvrement désignée peut assurer, pour le compte d'autres unions, des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement ainsi qu'à la gestion des activités de trésorerie. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.

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

« Art. L. 122-7. – Le directeur d'un organisme local ou régional peut déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions ou activités liées à la gestion des organismes, par une convention qui prend effet après l'approbation par le directeur de l'organisme national de chaque branche concernée.

« Lorsque la mutualisation inclut des activités comptables, financières ou de contrôle relevant de l'agent comptable, la convention est également signée par les agents comptables des organismes concernés.

« Art. L. 122-8. – Les directeurs d'organismes nationaux peuvent confier à un ou plusieurs organismes de sécurité sociale d'une autre branche ou d'un autre régime des missions ou activités relatives à la gestion des organismes de leur réseau, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.

« Les modalités de mise en œuvre du premier alinéa sont fixées par une convention signée par les directeurs des organismes nationaux concernés, à l'exception des modalités de traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites qui sont précisées par décret.

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

Texte de l'Assemblée nationale

« Art. L. 122-9. – Lorsque l'organisme délégant conserve la responsabilité des opérations de paiement, l'agent comptable de l'organisme délégataire chargé des opérations de liquidation des sommes à payer effectue des vérifications permettant d'attester l'exactitude de ces opérations préalablement à leur mise en paiement par l'agent comptable de l'organisme délégant. Ces vérifications sont effectuées selon des orientations fixées conjointement avec l'agent comptable de l'organisme délégant et sous sa responsabilité, en cohérence avec les référentiels de contrôle interne des branches ou régimes concernés. » ;

2° Les articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 sont abrogés ;

2° bis Après le mot : « missions », la fin du 3° de l'article L. 221-3-1 est supprimée ;

3° Après l'article L. 611-9, il est inséré un article L. 611-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 611-9-1. – Les caisses de base appelées à fusionner en application de l'article L. 611-9 peuvent décider d'établir un budget unique et une comptabilité unique des opérations budgétaires. Le choix de tenir une comptabilité unique peut être également étendu à tout ou partie des opérations techniques réalisées dans le cadre de l'article L. 611-11.

« Le directeur de la caisse nationale désigne, parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'élaborer et d'exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique. Il désigne également, parmi les agents comptables des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'établir le compte unique.

« Le budget unique et le compte unique sont approuvés par chacun des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner.

Texte du Sénat

Propositions de la Commission

**Texte de l'Assemblée
nationale**

Texte du Sénat

**Propositions de la
Commission**

« Les modalités de mise en œuvre des décisions prévues au premier alinéa sont fixées par une convention, établie selon un modèle fixé par la caisse nationale, entre les caisses de base concernées, signée par leur directeur et leur agent comptable, après avis de leur conseil d'administration et validation conjointe par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale. »

Article 62

Article 62

Article 62

Après le 3° de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le droit prévu au premier alinéa peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

L'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 3°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

2° À la fin de l'avant-dernier alinéa, le montant : « 7 500 € » est remplacé par les mots : « 1 500 € par cotisant, assuré ou allocataire concerné, sans que le total de l'amende puisse être supérieur à 10 000 € ».

(Sans modification)

**ANNEXE
RAPPORTS ANNEXÉS AU PROJET DE LOI**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

Texte adopté par le Sénat

**Propositions de la
Commission**

**Projet de loi de financement
de la sécurité sociale pour
2016**

**Projet de loi de financement
de la sécurité sociale pour
2016**

**Projet de loi de financement
de la sécurité sociale pour
2016**

ANNEXE A

ANNEXE A

ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2014, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2014

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2014, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2014

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2014, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2014

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

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

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

I. – Le PLFSS 2016 s'inscrit dans la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux

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

Les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses retenues dans le cadre de la présente loi reposent sur une

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

Supprimée

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS19

hypothèse de croissance du produit intérieur brut de 1 % en 2015. La masse salariale du secteur privé, qui détermine une partie prépondérante de l'évolution des recettes des régimes de sécurité sociale, connaîtrait une progression de + 1,7 % en 2015.

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

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

Par ailleurs, les mesures décidées dans le cadre du Pacte de compétitivité et de croissance et du Pacte de responsabilité et solidarité (crédit d'impôt compétitivité, poursuite des allègements de cotisations, suppression de la contribution exceptionnelle à l'impôt sur les sociétés et suppression de la C3S) permettront d'encourager l'investissement, l'emploi et les exportations des entreprises. A moyen et long terme, la croissance de l'emploi et de la masse salariale favorisera le redressement des finances publiques. La trajectoire de retour à l'équilibre des comptes publics, telle qu'exposée par le Gouvernement dans le programme de stabilité et de croissance et mise en œuvre dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, pourra ainsi être confortée.

Conformément à la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012, les prévisions économiques sous-jacentes au projet de loi de financement de la sécurité sociale (ainsi qu'au projet de loi

de finances) ont fait l'objet d'un avis du Haut conseil des finances publiques, évaluant la sincérité des hypothèses retenues ainsi que leur cohérence avec la trajectoire pluriannuelle retenue par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019, actualisée par le dernier programme de stabilité et de croissance transmis à la Commission européenne.

2. Des soldes tendanciels en amélioration à l'exception notable de la branche maladie et du FSV

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

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

L'évolution tendancielle des dépenses de l'assurance maladie est dynamique (+3,6 % d'évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM), même s'il est en légère décélération par rapport à la période récente du fait de la montée en charge des traitements contre le VHC. Les mesures qui sous-tendent la construction de l'ONDAM fixé dans la présente loi permettent de l'infléchir fortement.

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

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

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

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

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

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

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

Pour 2016, la maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance-maladie se traduit par la fixation de l'ONDAM à 1,75 %. Ce taux implique un effort d'économie de 3,4 milliards par rapport à l'évolution tendancielle de la dépense, évaluée à + 3,6 %. Cette trajectoire particulièrement ambitieuse implique d'accentuer l'effort d'économies déjà engagé, sans accroître le reste à charge du patient ni dégrader la qualité des soins.

Cet effort s'inscrit dans la montée en charge du plan d'économies triennal qui sous-tend depuis 2015 le déploiement de la stratégie nationale de santé qui se poursuivra en 2017 (avec le même objectif de progression de l'ONDAM). Il s'articule autour de 4 axes.

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

Le deuxième axe concerne le virage ambulatoire des établissements hospitaliers. Il s'agit d'optimiser le parcours de soins hospitalier, en premier lieu en développant toutes les formes de prises en charge alternatives à une hospitalisation complète dès que l'état

de santé du patient le permet : la poursuite de la diffusion de la chirurgie ambulatoire mais également l'hospitalisation de jour en médecine. L'optimisation du parcours passe aussi par le développement de l'hospitalisation à domicile dès lors qu'elle vient en substitution de séjours en établissement de santé et par un meilleur accompagnement des patients en sortie d'établissement en assurant une prise en charge adéquate en ville suite au retour à domicile. Ces actions permettront de dégager 0,5 milliards d'euros en 2016.

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

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

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

2. Des dépenses de prestations contenues

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

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

La réforme des modalités de calcul de la revalorisation des prestations participe à cette maîtrise de

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

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

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

Cette évolution tient compte de l'effet des réformes adoptées dans le cadre de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et notamment des différentes mesures de redressement, immédiates mais également de long

terme, qui visent à faire face, de manière responsable et justement répartie, au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie. Ces dernières se sont accompagnées de mesures de justice et solidarité pour corriger les inégalités les plus importantes face à la retraite, comme la reconnaissance de la pénibilité au travail, pour permettre entre autres une meilleure prise en compte des carrières heurtées et des aléas de carrière, notamment celles des femmes, ou encore des conditions d'entrée réelles des jeunes dans la vie active.

III. – Dans le respect de ces objectifs d'équilibre financier, le PLFSS 2016 porte une réforme d'ampleur de l'assurance maladie ainsi que le 2e volet du pacte de responsabilité et de solidarité

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

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

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

Ces mesures seront compensées intégralement par l'État dans le cadre des lois financières, conformément aux

engagements pris par le Gouvernement dès 2014. Cette compensation se traduit par une budgétisation des dépenses d'allocation de logement familial (ALF), à hauteur de 4,7 milliards, ainsi que du financement de la protection juridique des majeurs, pour 0,4 milliard. Par ailleurs, l'extinction progressive de la recette issue des caisses de congés payés, qui était affectée au financement du Pacte, donnera lieu à l'affectation de ressources pérennes s'y substituant. En effet, la mesure, entrée en vigueur depuis le 1^{er} avril 2015, engendre une recette de 1,52 milliard d'euros en 2015 et de 500 millions en 2016, avant de s'éteindre à compter de 2017.

2. Mise en place de la protection universelle maladie

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

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

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

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

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

Par ailleurs, afin de donner son plein effet aux dispositions de la loi de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, une modalité adaptée de mise en œuvre de la couverture des salariés à faible quotité de travail ou embauchés en contrat de courte durée est prévue afin que ces salariés puissent, s'ils souscrivent par ailleurs une assurance individuelle du même type, obtenir de la part de leur employeur, à la place de

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

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

201 4	201 5	201 6	201 7	201 8	201 9
----------	----------	----------	----------	----------	----------

Maladie

Recettes	161,9	166,6	171,7	178,0	183,3	189,4
Dépenses	168,4	174,1	177,9	182,7	186,2	189,7
Solde	-6,5	-7,5	-6,2	-4,7	-2,9	-0,3

AT/MP

Recettes	12,3	12,4	12,5	12,7	13,6	14,2
Dépenses	11,7	11,8	12,0	12,1	12,2	12,3
Solde	0,7	0,6	0,5	0,6	1,5	1,9

Famille

Recettes	56,3	52,8	48,8	50,1	51,6	53,1
Dépenses	59,0	54,4	49,6	50,4	51,6	52,8
Solde	-2,7	-1,6	-0,8	-0,3	0,0	0,3

Vieillesse

Recettes	115,6	119,9	123,6	127,4	131,1	135,6
Dépenses	116,8	120,5	123,1	126,3	130,7	135,6
Solde	-1,2	-0,6	0,5	1,1	0,4	-0,1

Toutes branches consolidées

Recettes	334,1	339,3	344,0	355,3	366,6	379,0
Dépenses	343,7	348,3	350,0	358,6	367,6	377,2
Solde	-9,7	-9,0	-6,0	-3,3	-1,0	1,8

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

(En milliards d'euros)

2014	2015	2016	2017	2018	2019
------	------	------	------	------	------

Maladie

Recettes	186,7	190,5	194,9	201,4	207,0	213,4
Dépenses	193,2	198,0	201,1	206,1	209,9	213,7
Solde	-6,5	-7,5	-6,2	-4,7	-2,9	-0,3

AT/MP

Recettes	13,8	13,9	14,0	14,1	15,1	15,7
Dépenses	13,1	13,2	13,4	13,5	13,6	13,8
Solde	0,7	0,6	0,6	0,6	1,5	1,9

Famille

Recettes	56,3	52,8	48,8	50,1	51,6	53,1
Dépenses	59,0	54,4	49,6	50,4	51,6	52,8
Solde	-2,7	-1,6	-0,8	-0,3	0,0	0,3

Viellisse

Recettes	219,1	223,5	228,7	234,1	240,1	247,2
Dépenses	219,9	223,8	227,8	232,9	240,1	248,3
Solde	-0,8	-0,2	0,9	1,2	0,0	-1,0

Toutes branches consolidées

Recettes	462,8	467,3	472,8	485,9	499,7	515,2
Dépenses	472,1	475,9	478,3	489,2	501,2	514,4
Solde	-9,3	-8,6	-5,6	-3,3	-1,5	0,8

**Recettes, dépenses et soldes de
l'ensemble du Fonds de solidarité
vieillesse**

(En milliards d'euros)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Recettes	17,2	16,5	16,4	16,6	17,0	17,3
Dépenses	20,6	20,3	20,1	20,2	20,0	19,8
Solde	-3,5	-3,8	-3,7	-3,6	-3,1	-2,5

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES

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

Exercice 2016

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP*	Régimes de base
Cotisations effectives	88,4	130,2	30,3	13,0	260,2
Cotisations prises en charge par l'État	1,7	1,4	0,5	0,1	3,6
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,8	0,0	0,3	39,7
Contribution sociale généralisée	69,1	0,0	9,9	0,0	78,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	29,6	19,6	7,0	0,0	56,2
Transferts	2,3	38,3	0,3	0,1	29,5
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2
Autres produits	3,2	0,5	0,7	0,3	4,7
Recettes	194,9	228,7	48,8	14,0	472,8

*Accidents du travail-maladies professionnelles

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

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

Exercice 2016

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régime général
Cotisations effectives	79,2	77,6	30,3	12,1	197,5
Cotisations prises en charge par l'État	1,4	1,1	0,5	0,1	3,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	59,6	0,0	9,9	0,0	69,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales	23,8	14,9	7,0	0,0	45,8
Transferts	4,7	29,9	0,3	0,0	24,2
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	3,0	0,2	0,7	0,3	4,2
Recettes	171,7	123,6	48,8	12,5	344,0

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

Supprimée

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

Retour au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Amendement AS17

**Accidents du travail-maladies professionnelles*

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

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

Exercice 2016

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Contribution sociale généralisée	9,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	7,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	16,4